

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. Uitenhuis (*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](http://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](http://www.dandez.nl))

#### DRUK EN VERZENDING

Scholma, Print & Media

#### COPYRIGHT

©2025 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

#### ISSN 0925-8604

#### ABONNEMENTEN

Standaard € 250,- per jaar.  
Studenten (NL) € 120,- per jaar.  
Buitenland € 375,- per jaar.  
Losse nummers € 32,50.  
Contactadres: redactiesecretariaat



De CO<sub>2</sub>-voetafdruk van dit  
drukwerk is berekend met  
ClimateCalc en  
gecompenseerd bij: Gold  
Standard certified climate  
projects  
[www.climatecalc.eu](http://www.climatecalc.eu)  
Cert. no. CC-000174/NL

# INHOUD

## THEMAKATERN BIJZONDERE PATIËNTEN/CONSULTEN

Gastredacteurs: Kees-Peter de Roos, Janine Dickinson-Blok

### 3 Voorwoord: Mijn Groundhog Day

#### Bijdragen diverse dermatologen en aios

### 5 Professioneel en medisch handelen

### 12 Persoonlijke ontwikkeling

### 19 Verliefdheid en andere ongemakken

### 21 Foutencarrousel

### 24 Souvenirwinkel

### 26 Varia

## ALGEMEEN

### 30 In het Kort

### 31 Kennisquiz importdermatosen: Frieschmaniasis

### 32 Gastschrijver Toine Lagro-Janssen: Spiegeltje, spiegeltje aan de wand ...

### 34 JAK-remmers bij patiënten met alopecia areata (2025-2026)

### 41 Kennisquiz importdermatosen: antwoorden

## VERENIGING

### 42 Bestuurscolumn: Toekomstige patiënten

### 43 Kennisagenda NVDV en zorgevaluatieonderzoek: nieuwe kansen voor de praktijk

### 46 Ledendag: van kwaliteitsborging naar strategische toekomstvisie

## 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.



# Mijn Groundhog Day

Kees-Peter de Roos

Eind vorig jaar ontstond het idee een themanummer van dit tijdschrift te wijden aan 'bijzondere patiënten/consulten'. Begin dit jaar deden we daarom een oproep aan alle leden van de NVDV:

Elke dermatoloog of aios zal in zijn/haar leven gedenkwaardige consulten of patiënten meemaken die hem/haar altijd zijn bijgebleven. Naar die korte ervaringsverhalen zijn we op zoek: het kunnen humoristische, ontroerende, verrassende en/of dramatische voorvallen zijn. We gaan uit van ongeveer 400-500 woorden per bijdrage, maar korter of langer kan ook.

Een aantal mensen stuurden de afgelopen maanden een bijdrage in. Het resultaat hiervan vindt u in dit nummer van het NTvDV. Zoals verwacht, is de spreiding groot: van hilarische anekdote tot aan pure dramatiek, met idealiter steeds een korte reflectie van de auteurs. Om de lezers enig houvast te bieden, hebben we de inzendingen verdeeld in enkele categorieën, hoe arbitrair elke rubricering ook is:

- Professioneel en medisch handelen
- Persoonlijke ontwikkeling
- Verliefdheid en andere ongemakken
- Foutencarrousel
- Souvenirwinkel
- Varia.

Wie, zoals wij, enkele maanden bezig is met het thema 'bijzondere patiënten/consulten' ontkomt er niet aan dat alle zintuigen op scherp komen te staan. Wat maakt het dermatologische spreekuur en de huidpatiënten zo opmerkelijk, en wat juist niet...? En waarom?

## DE 'ZES-JAARS CYCLUS'

In Nederland groei je op in wat ik een 'zes-jaars cyclus' zou willen noemen. Iedere zes jaar een nieuwe fase. De eerste zes jaar thuis waarvan de laatste twee jaar op de kleuterschool, nu de basisschool. Dan zes jaar lagere school, vervolgens zes jaar – en in mijn geval iets langer – middelbare school om daarna zes jaar geneeskunde te gaan studeren. En dan, vaak via een paar jaar werken als ANIOS, de felbegeerde vijf jaar opleiding tot medisch specialist. Maar dan volgt een werkzame periode als dermatoloog tot je pensioen, of daaromtrent.

En eind jaren negentig van de vorige eeuw was ik zes jaar dermatoloog en deed ik zoals altijd met veel plezier mijn spreekuur, toen ik op een ochtend een hele reeks patiënten aan mij voorbij zag trekken die zich met totaal verschillende huidafwijkingen presenteerden en tegelijk heel veel overeenkomsten vertoonden. De eerste patiënt had matig jeukende roodpaarse polygonale papels aan de binnenzijde van de polsen waarin ik Wickhamse striae ontwaarde. Ik legde uit:

"Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf." De volgende patiënte



Bill Murray in de film  
*Groundhog Day*

Dermatoloog Radboud UMC, Nijmegen en gastredacteur van dit themanummer van het NTvDV

had ik eerder gebiopteerd om nauwkeuriger te kunnen zeggen wat de ronde, rode en schilferende plaques in haar gezicht waren. Histologisch onderzoek bevestigde mijn klinische vermoeden: CDLE. Ook nu weer vertelde ik de patiënt:

“Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf.”

Na een jongen met wratten zag ik een meisje met op de handruggen annulaire verheven laesies met een erythemateuze rand die niet schilferde en centraal leek te genezen. Ook nu weer hoorde ik mijzelf zeggen:

–“Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf.”

Hierna volgde nog een patiënt met Morphea en weer hoorde ik mijzelf dezelfde riedel uitspreken. Even dacht ik: ‘Waar ben ik nou eigenlijk mee bezig? Ik stel een nauwkeurige diagnose en geef steeds dezelfde uitleg en behandeling.’

Er later over nadenkend realiseerde ik mij dat er in ons vak natuurlijk veel meer diagnosen zijn waar dit voor geldt. Het laat zien dat we nog heel veel niet weten en hoewel dat minder wordt, is nog meer dan de helft van ons handelen gebaseerd op ervaring en niet op evidence. Of zoals Hugo Partsch (1938-2023), dermatoloog te Wenen en grondlegger van onderzoek naar compressietherapie ooit zei:

–“Dear friends, most of what we do is eminence based.”.

Iedere dermatoloog herkent de vaste rituelen en riedels tijdens het spreekuur. Een perpetuum mobile dat de hele dag doorgaat, en dag na dag ongewijzigd lijkt. Meteen kwam bij mij de associatie op met de film *Groundhog Day* uit 1993. Bill Murray speelt daarin de rol van een weerbarstige, uiterst cynische weerman bij een lokale televisiezender, die ieder jaar verslag moet doen van de ‘bosmarmottendag’ (*Groundhog Day*), een jaarlijkse traditie in Punxsutawney, Pennsylvania. Hij is dat spuugzat en wil zo snel mogelijk weg. Hoe groot is zijn verbazing als hij een dag later ontwaakt in een plaatselijk hotel en merkt dat het opnieuw ‘bosmarmottendag’ is. En de dagen daarna gebeurt hetzelfde. Hij bevindt zich in een eindeloos herhalende tijdslus van een zich repeterende dag en dat heeft deprimerende én hilarische gevolgen, voordat de film een *happy end* vindt.

Natuurlijk gaat de analogie met de eentonigheid van *Groundhog Day* niet helemaal op. Terugkijkend op 35 jaar dermatologie vind ik ons vak nog steeds boeiend en uitdagend, en dat komt voornamelijk door onze contacten met patiënten en minder door de steeds weer terugkerende riedels. Want die horen er nou eenmaal gewoon bij.

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: [redactie@nvdv.nl](mailto:redactie@nvdv.nl)

# Professioneel en medisch handelen



## Belverzoek

Birgitte Visch, dermatoloog Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem

Hij was een altijd rustige, goed gehumeurde man. Vrij onopvallend, zoals de meeste mensen die het leven nemen zoals het zich voordoet. En daar vrede mee hebben. Zeg maar de grote categorie mensen waar onze maatschappij op draait. Een royale zestiger, stapvoets op weg naar de 70. Ik diagnosticeerde destijds zijn eerste twee melanomen. Tijdens immunotherapie ontwikkelde hij een nieuw melanoom, maar het bleef jaren goed gaan. Hij was altijd blij met de uitslagen die hij in het academisch ziekenhuis kreeg, soms was de scan 'goed' en soms 'beter dan de vorige keer want de metastasen waren kleiner.' Hij bleef trouw en tevreden op controle komen, zonder dat we ooit tot dieper contact kwamen en bijvoorbeeld uitgebreid spraken over kinderen en andere privédingen. Geen van ons voelde de noodzaak daartoe, denk ik.

Op een gegeven moment ontving ik een belverzoek van zijn vrouw.

Dus de volgende dag belde ik tussen de middag, ontspannen professioneel, en kreeg zijn vrouw aan de lijn.

-“Het komt net goed uit”, zei ze, “want we zitten te wachten op de huisarts; mijn man heeft namelijk besloten voor euthanasie te kiezen.”

Ietwat beduusd prevelde ik iets als:

-“Het lijkt mij nou niet het meest geschikte moment.”

Ze weersprak dat met kracht:

“Het is juist wél het goede moment want hij wil u per se nog spreken om u te bedanken. Hebt u een momentje, dan geef ik hem even...”

Het werd een van de moeilijkste telefoontjes uit mijn loopbaan.

### CORRESPONDENTIEADRES

bvisch@rijnstate.nl



## Geen tweede tragedie

Bibi van Montfrans, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

-“Graag wil ik weer prednison.”

Ik wend mijn blik af van het computerscherm. Ik waan me in een schouwburg, waar door een technisch mankement de lichten uitvallen. De toneelspelers bevriezen. Het e-mailbericht komt van mevrouw V. Ze behoort tot de enkele patiënten die mijn persoonlijke e-mailadres hebben. Ze is in de vijftig, mager van postuur en heeft rood hennakleurig haar. Ze is bang dat ze weer pyoderma gangrenosum heeft, en terecht. Op haar rechterknie is recent een plaveiselcelcarcinoom weggesneden. Ze heeft een flinke jaap die vanzelf moet genezen.

Zeven jaar geleden kwam ze bij mij nadat een biopt van de huid op haar bil niet genas. Met haar voorgeschiedenis van de ziekte Crohn en lokaal bestraalde huid vanwege een tumor op haar bil waren de voortekenen niet gunstig.

Ik zie haar MRI nog voor mij. Haar halve bil met spieren en

subcutis verwoest door een inflammatoir vuur. We namen haar op voor behandeling van de pijn. Van de hoge dosis prednison sliep ze niet meer en vertoonde ze agressief gedrag. Na ontslag kwam ze weer voor controle op mijn spreekuur. Haar gezicht had de vaalbleke kleur van havermelk. Haar wangen bolden op van de prednison. Met haar groene ogen van ongepolijste jade keek ze met scherp aan.

-“Ik ben bezig met euthanasie”, zei ze.

Haar vriend die ineengedoken in een hoekje van de kamer zat, knikte instemmend.

-“Ik heb zoveel pijn. En als ik het ziekenhuis binnenkom vanuit de garage, moet ik elk orgaan op een aparte lopende band leggen. Aan het einde van de dag probeer ik ze weer te verzamelen. De samenhang ontbreekt.”

Ik was stil. Het beeld dat zij had geschetst, zag ik levendig voor mij. Ze legde haar darmen, haar bloedvaten, haar huid

neer op een ratelende lopende band. Als skelet bleef zij achter, wachtend in de tochtige garage. Bij de orthopeed kwam zij immers niet.

We regelden een tweede opname en startten een intraveneuze behandeling met andere afweerremmende medicatie. Deze sloeg wel aan. Weken van wondbehandeling volgde.

Weer zat ze voor me, dit keer alleen. Nadat we de medische punten hadden besproken, vroeg ik haar of ze alweer een beetje kon denken aan haar hobby toneelspelen. Zelf denk ik aan een training uit mijn tijd als student geneeskunde. Dat we oefenden met een 'trainingspatiënt' die boos, verdrietig of gewoon zichzelf speelde. Een tijd later opper ik of dit wat voor haar is. Haar observaties zijn scherp, haar feedback voor ons artsen van waarde.

Onlangs, inmiddels een paar jaar later, kom ik haar tegen op de 14e etage van het ziekenhuis. Hier zetelt de raad van bestuur. Op de vraag hoe het gaat, vertelt ze dat ze inmiddels trainingspatiënt is, in de cliëntenraad zit van ons ziekenhuis en weer toneellessen volgt. Dit keer geven haar groene ogen vrolijke vonkjes af.

Mijn licht gaat weer aan. Ik ga terug naar mijn inbox en mail haar.

“Ik zorg voor de afspraak deze week op het wonderspreekuur.” Dit keer geneest de wond gelukkig - zonder prednison - en we wenden een tweede tragedie af.

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

c.vanmontfrans@erasmusmc.nl



## Begeleiding als voorrecht

Manon Zweers, dermatoloog Bernhoven, Uden

---

Arts-assistent was ik nog, toen ik hem uit de wachtkamer riep voor zijn eerste afspraak op onze polikliniek. Een jongeman van in de twintig, weggedoken in een zwarte hoodie met zwarte pet en starend naar de vloer; het was duidelijk dat hij zo onopvallend mogelijk wilde zijn. Schuifelend liep hij richting spreekkamer, opdat hij de Albert Heijn tas om zijn linkerbeen en de zwarte vuilniszak om zijn rechterbeen niet zou verliezen. Hij slaagde hier niet helemaal in, waardoor er vochtige strepen op de vloer achterbleven. Gegeneerd nam hij plaats in de stoel tegenover mij, oogcontact vermijdend. Natuurlijk had ik in de verwijzing gelezen waarvoor hij kwam, maar in de korte ogenblikken van wachtruimte naar spreekkamer werd zijn probleem direct duidelijk. Het lymfoedeem van zijn benen had in de afgelopen jaren een ernstige vorm aangenomen. Zijn dagen bracht hij door met gamen in de woonkamer van zijn moeder, want studeren of werken lukte hem door zijn lymfoedeem niet. 's Nachts sliep hij op de bank waar hij overdag nauwelijks vanaf kwam. Eten was een van zijn weinige afleidingen, wat zijn ernstige overgewicht verklaarde. Sociale contacten had hij amper nog, want hij schaamde zich voor zijn vocht lekkende en stinkende benen. Voor zijn bezoek aan het ziekenhuis had hij over een hoge drempel ontmoeten. Dat er geen eenvoudige oplossing was voor zijn probleem en dat het een lang behandeltraject zou worden, begreep hij wel. In de maanden daarna kwam hij een paar keer per week op de dagbehandeling waar hij werd gezwachteld en met lymfapress behandeld. Soms kwam hij zomaar niet opdagen, omdat het hem allemaal even te zwaar werd. Desondanks hielpen de verpleegkundigen hem steeds liefdevol en geduldig. Gedurende

de vele uren die hij op de dagbehandeling doorbracht, kon hij altijd rekenen op een luisterend oor. Ook had hij motiveerende gesprekken met de afdelingspsycholoog. Langzaam maar zeker zag ik dat hij opknapte. Echter, zoals dat gaat als arts-assistent, kwam er na een aantal maanden een einde aan mijn stage op de dagbehandeling en verloor ik hem uit het oog. Het zal ongeveer een jaar later zijn geweest dat ik hem weer zag op mijn spreekuur. Rechtop met stevige tred en open blik kwam hij me tegemoet vanuit de wachtkamer. Ik moest twee keer kijken of ik wel de juiste persoon tegenover me had, maar hij was het toch echt. Niet langer in een joggingbroek (de enige broek die hem destijds paste) en camouflerende hoodie, maar in overhemd en spijkerbroek en zeker dertig kilo lichter. Hij droeg trouw zijn elastische kousen, waarmee het lymfoedeem goed onder controle was. Niet alleen fysiek was hij veranderd, maar ook mentaal. Hij studeerde, had een bijbaan gevonden en woonde zelfstandig. Ook had hij een nieuwe hobby gevonden waar hij nieuwe mensen had ontmoet. Kortom, er zat een ander iemand tegenover me! Gelukkig zie ik vaak patiënten waarvan ik een glimlach om mijn mond krijg of waarvan ik vrolijk van word, maar hiervan heb ik heel lang goede zin gehad! Ik blijf het bijzonder vinden dat je als zorgverlener mensen kan raken en ze een stukje op de goede weg mag begeleiden.

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

m.zweers@bernhoven.nl





## Spreekkamerfilosofie

Bert Oosting, dermatoloog Spaarneziekenhuis, Hoofddorp

Als dermatoloog begon ik in Lelystad in juni 2004 met de eerste biologicals raptiva en enbrel voor mensen met psoriasis vulgaris. De patiënt die me is bijgebleven is iemand die ik ontmoette in het vervolgziekenhuis, in het Spaarneziekenhuis in Hoofddorp. Een huisschilder die bewust koos voor een leven zonder partner vanwege zijn ernstige psoriasis vulgaris. Voor de volledigheid: zijn physician global assessment met betrekking tot de psoriasis was matig-ernstig. Dit speelde in het jaar 2008. Eerst gebruikte hij, netjes volgens de regels van de verzekeraar, methotrexaat gedurende zes maanden in combinatie met hormoonzalven. Daarna kwam hij in aanmerking voor de op dat moment nieuwe biologicals, in zijn geval adalimumab. Na zes maanden was hij nagenoeg vrij en vertelde hij emotioneel over een nieuwe vriendin en dat hij zichzelf inmiddels weer aan anderen durfde te tonen. Opgewekt liet hij weten dat hij het weer zag zitten om na veertig jaar zijn leven te gaan delen met iemand anders.

Vier jaar later echter ontwikkelde hij een melanoom op zijn rechter bovenarm dat ik volgens de richtlijnen behandelde en wegsneed. Weer twee jaar later was er sprake van een uitgezaaid melanoom. Tot dat moment was, op zijn verzoek en na academisch overleg, de adalimumab gecontinueerd tot het moment dat er sprake was van een metastase melanoom. Dit alles speelde rond 2018-2019. Na bespreking in het MDO onco-

logie kreeg hij als eerste een doorverwijzing naar het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis voor behandeling met een biological voor metastase melanoom. Dat was ipilimumab. Ik vreesde hem mogelijk niet meer terug te zien.

Die vrees bleek ongegrond, want zes maanden verscheen hij weer op mijn spreekuur voor een uitgebreide psoriasis vulgaris met de vraag of de adalimumab herstart kon worden. De reden voor die hulpvraag vervatte hij in de gevleugelde woorden: "Ik ga liever schoon mijn graf in, dan met psoriasis zonder vriendin mijn leven in." Eens te meer bleek dat een spreekkamer de kraamkamer is voor levenswijsheden. De relatie tussen een dermatoloog en een chronische patiënt is nu eenmaal langjarig. Je groeit als het ware samen op. Hoe het verder ging? De adalimumab werd inderdaad herstart en ik zie deze man nog steeds om de zes maanden voor zijn 'melanoom' en psoriasis controle terug. Het gaat goed. Hij trof het enorm dat hij, anders dan voorgaande generaties, toevallig de introductie van de nieuwe middelen bij twee verschillende aandoeningen meemaakte.

### CORRESPONDENTIEADRES

aoosting@spaarnegasthuis.nl



## Achter de feiten aanlopen

Jill de Wit, aios Erasmus MC, Rotterdam en DirkJan Hijnen, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen; destijds dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

Na een doorverwijzing voor een second opinion zien we in maart 2020 een 77-jarige patiënt, met een sinds enkele weken bestaand uitgebreid ulcus van 20x10 cm pretibiaal links. Een infectieuze en veneuze oorzaak zijn dan inmiddels uitgesloten. Histopathologisch onderzoek, verricht onder de werkdia- gnose pyoderma gangrenosum, toont een CD30+ anaplastisch T-cel lymfoom (ALCL). Via aanvullende diagnostiek willen we beoordelen of het een primair cutaan lymfoom betreft dan wel een systemisch lymfoom met cutane betrokkenheid. De PET-CT scan en beenmergpunctie zijn negatief, wat de diagnose primair cutaan CD30+ anaplastisch T-cel lymfoom definitief maakt. Vanwege de uitgebreidheid van het ulcus ziet de chirurg in het verwijzend centrum geen andere mogelijkheid dan een therapeutische onderbeenamputatie. Patiënt wenst eerst overleg met ons alvorens hiervoor te kiezen. In overleg met de afdeling Hematologie luidt het advies, gezien de gelokaliseer-



Uitgebreide ulcera onderbeen links van primair cutaan CD30+ anaplastisch T cel lymfoom. Juni 2020.

de ziekte, af te zien van een amputatie en te behandelen met radiotherapie. Ondertussen neemt het ulcus zienderogen toe in omvang. Bij de intake voor radiotherapie in april 2020 blijkt deze optie niet (meer) mogelijk vanwege de te grote toxiciteit. We adviseren te starten met methotrexaat, maar ook onder deze behandeling is er progressie en ontstaan er nieuwe huidafwijkingen. De ziekte haalt ons in. De PET-CT scan bevestigt de zichtbare nieuwe lymfoomlokalisaties, helaas inclusief FDG-positieve lymfeklieren popliteaal, inguinaal en para-iliacaal links. Ondanks eerder falende therapieën en klinische achteruitgang van de patiënt, blijft hij optimisme uitstralen en houdt hij vertrouwen in ons medisch handelen. Vervolgens start systemische chemotherapie. Na drie kuren zonder zichtbare respons, switchen we naar tweedelijns behandeling. Het lymfoom reageert hierop goed en het ulcus toont een genezigstendens. Helaas ontwikkelt patiënt in toenemende mate toxiciteit en moeten we in november 2020 de behandeling staken. Enkele dagen later presenteert patiënt zich met een hypoxemie. Een CT thorax toont multiple intrapulmonale massa's verdacht voor metastasen. Gezien deze bevindingen en eerder zwaar gevallen behandeling kiest patiënt voor eutha-

nasie. Tijdens zijn laatste opname in het ziekenhuis, we zitten inmiddels midden in de COVID-19 pandemie, bezoeken we de patiënt voor de laatste keer om afscheid te nemen. We bespreken met hem het ziektebeloop en behandeloverwegingen van de afgelopen maanden nog eenmaal na. Waar bij ons onvrede over het teleurstellende beloop en uitkomst overheerst, geeft patiënt aan dankbaar te zijn voor de zorg in de afgelopen maanden en berusting te vinden in zijn situatie. Het intensieve behandeltraject met frequente wondcontroles, maar zeker ook de prettige arts-patiënt relatie die in de afgelopen maanden is ontstaan, zorgen ervoor dat het afscheid (ondanks alle COVID-19 beschermende maatregelen) van beide kanten gepaard gaat met een zekere mate van emotie. In december 2020 overlijdt patiënt in zijn thuisomgeving. De vraag of destijds een onderbeen amputatie tot een andere uitkomst zou hebben geleid, zullen we nooit beantwoord krijgen.

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

j.dewit.1@erasmusmc.nl



## De verkeerde kant op gewezen

Eva Huis in 't Veld, dermatoloog en Marta Reyman, aios Erasmus MC, Rotterdam

---

Tijdens ons gecombineerde spreekuur dermatologie - plastische chirurgie werden wij letterlijk en figuurlijk de verkeerde kant op gewezen.

Na doorverwijzing vanuit de urologie zagen we een 70-jarige man in verband met een verdenking op een plaveiselcelcarcinoom aan de wijsvinger rechts. In twee weken tijd was er vanuit een kleine wond een tumor ontstaan waarbij de gehele vinger rood en pijnlijk was. De huisarts nam hiervan een biopsy af. Het biopsy van de wijsvinger was verdacht voor een plaveiselcelcarcinoom, mogelijk een metastase van elders. De huisarts overlegde met de uroloog, omdat patiënt daar onder behandeling is. Zijn urologische voorgeschiedenis bestaat uit een plaveiselcelcarcinoom van de penis waarvoor hij een partiële penisamputatie heeft ondergaan en een jaar later een lokaal recidief in de penisstomp met een kliermetastase links femoraal behandeld met lokale resectie en radiotherapie. De uroloog vroeg aanvullende diagnostiek aan via PET-CT en histopathologisch moleculair onderzoek om te analyseren of er nu sprake was van een metastase van het peniscarcinoom of een tweede primaire tumor. De PET-CT toonde geen lokaal recidief van het peniscarcinoom of metastasen inguinaal of iliacaal; de armen waren per abuis niet mee gescand. Het MDO urologische tumoren stelde vast dat als het om een metastase zou gaan er geen reguliere behandelopties zouden resteren.

Ondertussen zagen wij patiënt op ons gecombineerde spreekuur met de plastische chirurg. Patiënt had al te horen gekregen dat waarschijnlijk een amputatie van zijn vinger nodig zou zijn wanneer het om een primair cutaan plaveiselcelcarcinoom zou gaan. Hij was hieronder erg nuchter en zei dat hij mee zou gaan in het medisch advies volgend op het aanvullend onderzoek.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij ter plaatse van zijn rechter wijsvinger (digitus 2) nagenoeg circulaire, confluerende, hemorrhagische crustae op een deels erythemateuze ondergrond; alleen de mediale zijde van de vinger was niet aangedaan. De lymfeklieren axillair waren niet palpabel vergroot (figuur 1).

Het beeld was niet klassiek voor een plaveiselcelcarcinoom. Tijdens het consult gaf patiënt aan ook in een ander ziekenhuis onder controle te zijn in verband met afwijkingen op de hand, die er echter altijd heel anders uitzagen. Na inzage in het dossier van de perifere dermatoloog bleek dat patiënt een jaar eerder was gediagnosticeerd met een neutrofiele dermatose van de dorsale handen.

Met in onze differentiaal diagnostische overwegingen een plaveiselcelcarcinoom en een neutrofiele dermatose van de dorsale handen vroegen wij een revisie aan van de eerdere histologie en namen wij mapping biopsies af.



Figuur 1. Digitus 2 rechter hand tijdens het gecombineerde dermatologie – plastische chirurgie spreekuur: confluerende hemorragische crustae.



Figuur 2. Twee weken na start clobetasol zalf werd er nog erytheem gezien met enkele squamae en een mild atrofische huid.

De revisie liet voornamelijk purulent materiaal zien met hierbij een fragment atypisch plaveiselepitheel, waarbij differentiaal diagnostisch werd gedacht aan plaveiselcelcarcinoom dan wel sterk reactief veranderd plaveiselepitheel bij bijvoorbeeld een ulcus. De mapping biopsies lieten geen maligniteit zien. Na clinicopathologische correlatie is de diagnose neutrofiele

dermatose van de dorsale handen gesteld. De huidafwijkingen reageerden snel op topische clobetasol zalf, na één week was de vinger volgens patiënt vrijwel 'korstloos' (figuur 2). Neutrofiele dermatose van de dorsale handen is een zeldzame, gelokaliseerde variant van het Sweet syndroom, gekenmerkt door gevoelige erythemateuze plaques, pustels en bullae op de dorsale zijde van de handen. Vaak is bij deze patiënten een onderliggende ziekte te vinden, meestal van hematologische aard. Dit was overigens bij onze patiënt elders uitgesloten. Histopathologisch wordt een dermaal gelegen uitgebreid neutrofiel infiltraat gezien. [1] Het is een entiteit die waarschijnlijk regelmatig wordt gemist, mogelijk omdat de hulpverleners eerst de verkeerde kant op worden gewezen en zo op het verkeerde been worden gezet.

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is om een open blik te blijven houden, ook als er een werkdiagnose is gesteld die histologisch lijkt te zijn bevestigd. Het dermatologisch oog heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat de patiënt zijn wijsvinger wist te behouden. Een vooroordeel over dermatologen is dat ze alleen zalven voorschrijven, maar in dit geval was de zalf voor deze patiënt 'vingerreddend' en is hem hiermee een vingeramputatie bespaard gebleven.

## LITERATUUR

1. Micallef D, Bonnici M, Pisani D, Boffa MJ. Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: A review of 123 cases. *JAAD*. 2023; 88 (6): 1338-44. doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.070.

## CORRESPONDENTIEADRES

e.a.huisintveld@gmail.com





# Ondraaglijke jeuk

Anne Margreet van Drooge, dermatoloog Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn

**Sommige onschuldige aandoeningen kunnen een zeer grote lijdensdruk geven. Dat kan zo ver voeren dat de vraag voor euthanasie opdoemt, zo is eerder al eens beschreven. [1] Dat gebeurde ook bij ons. Een bejaarde patiënte bracht haar euthanasieverzoek ter sprake. De reden? Jeuk, jarenlange ondraaglijke jeuk die haar leven domineerde en voor haar gevoel inhoudsloos maakte. Zij is die ene patiënte die we nooit zullen vergeten.**

Een zelfstandige, alleenwonende 87-jarige dame bezoekt in oktober 2021 voor het eerst de huisarts met sinds enkele weken bestaande jeukklachten. Behandeling met triamcinalonzalf en emolliens is niet afdoende, maar mometason vetzalf geeft wel iets verbetering op de huidafwijkingen. Enkele maanden later neemt patiënte opnieuw contact op met de huisarts vanwege veel jeuk. Na een teledermatologie-consult wordt Dermovate zalf gedurende vier weken gesmeerd en dat lijkt effect te hebben maar in maart 2022 is er uitbreiding van de jeuk en huidafwijkingen waarbij nu ook de hoofdhuid is betrokken. Een biopt toont spongiotische psoriasiforme dermatitis met parakeratose, onvoldoende kenmerkend voor psoriasis. Eczeem valt te overwegen.

Verwijzing naar de dermatoloog volgt. Bij onderzoek is er sprake van onscherp begrensde erythematosquameuze plaques, scherper begrensde erythematosquameuze en hyperkeratotische ronde papels en plaques, en uitgebreide excoriaties, alles vooral op de extremiteiten. Er zijn geen aanwijzingen voor scabiës of een contactallergisch eczeem. Onder de werkdiagnose prurigo nodularis wordt gestart met de behandeling met Dermovate zalf onder occlusie, ureumzalf en koelzalf. Patiënte krijgt voorlichting over de diagnose en dat de aandoening zeer moeilijk te behandelen kan zijn, plus de mogelijke optie van lichttherapie of systemische behandeling. Patiënte wil hierover nadenken en het bespreken met familie.

## GENOEG GEPROBEERD

In januari 2023 komt ze op mijn spreekuur met veel klachten. De huisarts is al gestart met slaapmedicatie, wat de nachten een beetje dragelijker maakt. We optimaliseren de lokale behandeling en bespreken nogmaals systemische behandelopties. Na screenend onderzoek start ik uiteindelijk acitretine, maar vanwege bijwerkingen en weinig resultaat switchen we al snel naar dupilumab, dat dan net geregistreerd is voor de behandeling van prurigo nodularis. Effect op de jeukklachten zou binnen enkele weken merkbaar moeten zijn. Helaas blijft het effect bij patiënte na zes weken uit. We stellen voor om ten minste drie maanden door te gaan met de behandeling, maar vanwege bijwerkingen ziet patiënte dat niet zitten. We overwegen andere opties zoals off-label gebruik van methotrexaat of verwijzing naar een academisch ziekenhuis, maar patiënte ziet af van verdere behandeling. Ze beschouwt het leven als voorbij. Persoonlijk vind ik het ongelooflijk dat deze huidaandoening de reden is voor haar wens het leven te beëindigen en zou ik graag nog iets voor haar willen betekenen, maar patiënte wijst verdere behandeling af.

We hebben hier uitgebreid telefonisch over gesproken, een bezoek aan de poli vindt patiënte niet zinvol meer, en op haar verzoek sluit ik haar dossier en verwijs ik haar terug naar de huisarts.

## EUTHANASIEWENS

In 2008 heeft patiënte al een wils- en euthanasieverklaring met de huisarts besproken en ondertekend. En in augustus 2022 informeerde zij al eens of inname van al haar medicatie tot de dood kan leiden. De huisarts liet haar weten dat een euthanasiewens bespreekbaar is, hetgeen zij waardeerde. Eind juli 2023 geeft zij via een telefonisch contact met de huisarts aan 'op' te zijn van de jeuk. De behandeling slaat niet aan. Zij heeft genoeg geprobeerd. Zij slaapt met slaapmedicatie maximaal twee uur per nacht. Overdag zit zij in de stoel met coldpacks om de jeuk te onderdrukken. Zij komt de deur niet meer uit. Haar leven is inhoudsloos geworden en de jeuk is verschrikkelijk. De huisarts plant een visite en overlegt nogmaals met mij als behandelend dermatoloog over andere behandelmogelijkheden. Hij bespreekt dan ook de euthanasie-aanvraag van patiënte.

Tijdens het huisbezoek vindt de huisarts het lijden van patiënte invoelbaar en is van mening dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hij neemt contact op met de SCEN-arts die wat terughoudend reageert als ze hoort van het onderliggende lijden van patiënte. Zij stemt in met een beoordeling maar wil zich eerst voorbereiden door eerdere uitspraken van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) te bestuderen en te overleggen met een collega SCEN-arts die tevens dermatoloog is. Deze bevestigt dat deze ziekte niet te genezen is, dat er hooguit verlichting van de klachten te bereiken is, en dat het toepassen van dupilumab het laatste redmiddel is.

## UITZICHTLOOS

De SCEN-arts bezoekt patiënte in haar smaakvol ingerichte huis met een kleurrijke tuin.

De afgelopen twee jaar is de extreme jeuk het leven van patiënte volledig gaan beheersen. Zij komt inmiddels de deur niet meer uit, slaapt nauwelijks, en heeft daardoor overdag geen energie om te koken, te lezen of zich aan te kleden. Eetlust heeft zij nog wel. Slapen gaat zeer slecht, ondanks een inslaper en een doorslaper, door de extreme jeuk die erger wordt in de nacht.

Ook heeft zij zenuwpijn aan haar onderbenen. Patiënte ziet af van verdere (off label) behandeling omdat zij het niet meer

kan opbrengen om weer een behandeling te ondergaan die veel bijwerkingen brengt, met onzeker resultaat: -"Ik wil eigenlijk niets meer proberen, want ik heb alles geprobeerd, en het viel elke keer tegen. Mag ik ook overgaan?"

Op de vraag wat het voor haar ondraaglijk maakt, geeft patiënte aan dat ze gek wordt van de jeuk. Een jeukaanval leidt tot krabben waardoor het steeds erger wordt. Als ze nog kon fietsen, dan fietste ze het kanaal in. De aandoening beheerst volledig haar leven en ze wordt er "down" van. Ze is nooit eenzaam geweest en genoot van alles, maar dat is helemaal weg. Zij beschrijft zichzelf als een positieve, flinke vrouw die altijd in de weer was voor anderen. Maar dat is nu op. Ze is zichzelf niet meer.

Haar dochters beschrijven haar stemming als bij vlagen somber, maar dat lijkt secundair aan het gebrek aan slaap en het feit dat de jeuk haar leven volledig beheerst, en geen enkele therapie verbetering heeft gebracht. Zij komt zeer nuchter en reëel over en niet depressief.

Ook de SCEN-arts is van mening dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat er sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De huisarts bespreekt met patiënte de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding en euthanasie waarbij patiënte voor het laatste kiest. De euthanasie wordt kort hierna conform de KNMG-richtlijn uitgevoerd en verloopt ongecompliceerd. [2]

De regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) is na beoordeling van de stukken tot het oordeel gekomen dat er is gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Uiteindelijk ben je als behandelaar altijd benieuwd hoe men de hele gang van zaken heeft ervaren. Dat geldt temeer voor een traject dat *in extremis* uitmondt in euthanasie. Menselijkheid vereist nu eenmaal zorgvuldigheid. Via de huisarts vroeg ik om en ontving ik een terugblik van de dochters van de patiënte:

"Hoewel wij op de hoogte waren van de euthanasiewens van onze moeder en de afspraken die zij daarover had gemaakt en vastgelegd, heeft de snelheid van het uiteindelijke euthanasietraject ons overvallen. De snelheid van het traject was voor onze moeder zelf wel zeer helpend en gegeven de omstandigheden zelfs 'prettig'. Voor haar was het lijden al maanden ondraaglijk en zij zag geen enkel perspectief meer op verbetering. De manier waarop het proces is verlopen

kunnen wij alleen maar als respectvol en zorgvuldig beschrijven. In korte tijd is haar (en ons) de procedure uitgelegd en zijn de benodigde afspraken gemaakt. Wij kunnen ons erin vinden dat er op deze wijze een eind kon komen aan het lijden van onze moeder. Ondanks dat er geen sprake was van een terminale ziekte was het lijden voor haar niet langer te dragen en achtte ze haar situatie uitzichtloos. Wij waren als dochters niet op hoogte van de mogelijkheid van euthanasie in een dergelijke situatie. Achteraf zijn we erg te spreken over de manier waarop er zeer serieus naar haar situatie is gekeken en over de keuzes die daarin zijn gemaakt door de diverse betrokkenen."

### AANGEWAKKERDE SENSOREN

Iedere dermatoloog weet dat zelfs alledaagse, onschuldig lijkende aandoeningen groot lijden kunnen geven. Dat het in dit geval tot euthanasie leidde, was behoorlijk confronterend. Het raakt je. Ik heb haar slechts een paar keer gezien in de laatste twee jaar van haar leven, en zag die euthanasiewens niet aankomen. Gelukkig had ze een betrokken huisarts en naar ik begreep een fijn en voltooid leven.

Ik denk vol respect terug aan die nuchtere dame. Een trotse mevrouw ook en beslist geen zeurderig type. Iemand die zich nooit op de voorgrond wilde dringen, haar dochters en anderen niet tot last wilde zijn. Natuurlijk, dolgraag had ik haar willen helpen door het verlichten van de jeuk, maar als het niet lukt, dan lukt het niet. En dan kan je alleen maar respect hebben voor haar beslissing.

Een beslissing die wel maakt dat elke volgende patiënt met een vergelijkbaar lijden, niet zomaar uit mijn spreekkamer verdwijnt.

*Dit artikel is een persoonlijke bewerking van: Bruens ML, van Drooge AM, Ronday JM. Jeuk lijkt onschuldig, maar kan ondraaglijk zijn. Medisch Contact. 8 augustus 2024. Mijn dank gaat uit naar Marco Bruens, huisarts, en May Ronday, anesthesioloog niet-praktizerend/SCEN-arts.*

### LITERATUUR

1. van Wijlick EHJ, van der Meer S. Ondraaglijk lijden door een huidziekte. Medisch Contact 14 april 2010.
2. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2021. KNMP en KNMG, september 2021.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

a.m.van.drooge@gelre.nl

# Persoonlijke ontwikkeling



## Het putje

Peter Velthuis, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

Ze trekken in een grote stoet aan mij voorbij, de jonge meiden, of vrouwen, met streepvormige littekens op hun linker- of rechterarm, soms beide armen, soms ook benen of andere plaatsen, zoals buik, flanken, voeten. Een aantal gedraagt zich heel normaal. Ze hebben hun problemen overwonnen en kunnen verder met hun leven. Op mijn verzoek om hun littekens te tonen steken ze hun arm voorwaarts, en wijzen de gebieden aan die het meest storen. Anderen zitten nog midden in hun ongemak, ze houden hun hoofd afgewend als ik de littekens inspecteer, maar ze kijken mij wel aan als ik tegen hen spreek. Een kleine groep houdt het hoofd voorover en kijkt naar beneden. Meestal is er een ouder bij. Die zegt niet veel, kijkt machteloos, soms wanhopig.

Mijn boodschap aan deze patiënten is kort: we kunnen er niet veel aan doen. Met laser zijn de grenzen van het litteken te vervagen en het uitstulpen enigszins te verminderen. Maar de witte kleur is niet te verbeteren, het ontbreken van de normale huidstructuur in het litteken evenmin en zeker datgene wat het meest opvalt, de rij van parallelle strepen, zal blijven bestaan.

In januari 2020 komt Melissa binnen, een schriel wit, blond meisje van veertien. Ze heeft een sonde in haar neus die vastgeplakt zit aan haar linkerwang en die langs de zijkant van haar hals verdwijnt onder haar jas. Haar vader is erbij. Het verhaal is bij binnenkomst al duidelijk: automutilatie en anorexia. Ik stel haar enkele vragen maar kan haar antwoorden nauwelijks horen. Ze praat heel zachtjes.

–“Kun je die capuchon even omlaag doen?”, vraag ik. Dat doet ze onmiddellijk.

–“Wat vind je het ergste aan de littekens? Doen ze pijn? Geven ze jeuk? Of is het alleen het uiterlijk, het cosmetische?”

–“Ik heb er geen last van”, zegt ze

–“Ook niet dat je het lelijk vindt?”

–“Nee.”

–“Dan ben ik verbaasd dat je gekomen bent.”

–“Mijn ouders vinden het nodig.”

–“Dat vind ik inderdaad,” breekt de vader in. “Want als zij zich normaal moet gaan mengen onder andere kinderen heeft zij een stigma. Dat zal niet goed gaan. We zijn nu juist goede stappen aan het zetten in het proces van ziek naar beter worden. Ze moet een frisse start maken. Daar hoort dit bij.”

Dan geef ik mijn gebruikelijke uiteenzetting over de mogelijkheden en onmogelijkheden die de geneeskunde heeft op dit gebied.

–“Mag ik mijn hoodie weer op?”, vraagt Melissa tussendoor.

–“Ja dat mag. Ik zie overigens dat je veel acne littekens hebt.

Dat kan wel veel beter worden, moeten we daar niet wat aan doen?”

De dikke laag make-up op haar wangen verraad haar zorg daarover.

–“Ik ben bang voor het putje”, zegt Melissa.

–“Dat begrijp ik niet”, reageer ik.

–“Ik ben bang voor het putje,” zegt ze nogmaals.

Vragend kijk ik haar vader aan. Die haalt zijn schouders op.

“Bedoel je een putje op je wang?”

Ze schudt haar hoofd en zegt nogmaals:

–“Ik ben bang voor het putje.”

De eerste behandelingen met laser zijn bedoeld om de roodheid veroorzaakt door de uitgezette bloedvaatjes in de acne littekens op te ruimen. Melissa verdraagt de pijn tijdens de behandeling goed. Ze moet haar make-up verwijderen, dat kost tijd. Maar nog meer tijd kost het om de make-up weer aan te brengen. Er gaat een grote klets op beide wangen over de littekens - ze kijkt er inderdaad niet naar - en dan, stukje bij beetje, minutieus langs de ogen en rond de mond. Ze laat zich niet haasten. Eindelijk is zij klaar. Ik zeg haar dit volgende keer op het toilet om de hoek te doen, maar dat kan niet. Ze kan niet over de gang zonder make-up.

Twee maanden later is er een tweede behandeling opnieuw met de vaatlaser. Ik heb een kamer met apart kleedhokje met spiegel en een deur naar de gang geregeld. Als we klaar zijn, zegt ze:

–“Gaat het al beter? Ik wil er zelf niet naar kijken,” en dan weer: “Ik ben bang voor het putje.”

Melissa komt nog een aantal keren en uiteindelijk is de roodheid verdwenen. Maar dan, zoals bij vrijwel alle littekenpatiënten gebeurt, begint ze nu over de oneffenheid.

–“Dat vind ik ook niet mooi.”

–“Maar je ziet het toch niet? Want je wilt nooit naar je gezicht kijken,” werp ik tegen.

–“Ik voel het wel.”

...

Ik meld haar de mogelijkheid van fractional Pico-laser. Ze wil daar graag mee behandeld worden. Na drie behandelingen zegt ze:

–“Ik wil iets dat sneller gaat. Bij voorbeeld een CO2-laser. Daar heb ik over gelezen.”

Als ik haar uitleg dat ze bij deze laser vanwege de kleine wondjes op de dag van de behandeling zelf geen make-up op mag doen, volgt een stellig: “NEE, DAT WIL IK NIET.”

De aios komt met het idee om een peeling te doen. Daar kun je

direct na afloop wel make-up overheen doen, maar vervolgens moet je een week thuis blijven vanwege de swelling en het vervellen.

–“Dat is geen probleem.”

–“En... het doet behoorlijk pijn.”

–“Dat is geen probleem.”

Ik twijfel. CO2 laser is echt beter omdat de behandelaar meer controle heeft dan bij peeling. Ik heb altijd geweigerd behandelingsprincipes los te laten vanwege niet goed beredeneerde argumenten van patiënten of collega's. Maar is dit nu ook het geval? Deze irrationele angst is een integraal onderdeel van haar persoon. Het is voor haar wel logisch en duidelijk. Dan is er nog de vraag of dit jonge meisje een peeling wel aankan. Maar ik realiseer mij dat pijn is bij haar geen issue, gegeven haar armen, gegeven de eerdere laserbehandelingen. Een peeling kan wel degelijk helpen. Met lood in de schoenen ga ik overstag.

De dag dat zij komt, is ze - voor zover dat kan - uitgelaten. Ze stelt zelfs uit zichzelf de vraag of ze op de behandelbank moet gaan liggen. En warempel alles verloopt voorbeeldig. Ze heeft thuis ter voorbereiding goed met retinoïne crème gesmeerd. Daardoor geeft de 35% TCA vloeistof snel een hele mooie egale

frosting. Ondanks de intense pijn geeft ze geen kik, ze vindt deze behandeling zelfs aangenaam, zegt ze na afloop. Ze doet weer haar make-up op en voordat ze de deur uitloopt, zegt ze:

–“Het putje is weg. Ik kan het niet meer vinden.”

–“Kon je het zien of voelen dan?”

–“Nee, dat niet.”

Is dat goed nieuws? vraag ik mezelf af.

Twee maanden later bel ik op. Ik krijg haar moeder aan de telefoon. Melissa is goed hersteld en de littekens zijn duidelijk minder diep.

–“Hoe zit het nu met het putje?”, vraag ik.

–“Ze heeft een nieuw putje gevonden,” zegt haar moeder, “maar wel minder diep.”

–“Wat is het nu eigenlijk, dat putje?”

–“Ik heb geen idee. Misschien komt het van in de put zitten.

Dat is nu minder.”

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

pvelthuis@erasmusmc.nl



## Een gat gespoten

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

---

Waar voor de vóór-vorige generatie dermatologen wratten ‘de krenten in de pap’ waren, gold dat in mijn tijd voor de spataderen; mijn accountant was er dol op. Maar dan moest je de techniek wel goed beheersen, want als je verkeerd spoot, dan kon je een fikse necrose krijgen, vooral wanneer je Trombovar gebruikte. En tja, die techniek, daarmee zat het, zeker in mijn beginjaren, niet zo heel goed bij mij. Niemand in de opleidingskliniek kon scleroseren en daarom werd ik vanuit Groningen een paar keer naar de Heilanstalt für Beinleiden in Hamburg gestuurd om het métier te leren en de techniek onder de knie te krijgen. Ik ben er geloof ik drie keer geweest en het was duidelijk dat de Duitse collegae niet op me zaten te wachten. Slechts driemaal heb ik een spuit mogen zetten en toen was mijn opleiding in de sclerotherapie voltooid. De hoogleraar vond het wel voldoende zo en vanaf 1 februari 1980 mocht ik geheel zelfstandig in 's-Hertogenbosch spataderen gaan scleroseren. Ik heb het altijd een beetje spannend gevonden, dat spuiten, en was ook altijd wat bangig dat het een keer mis zou gaan. En ja hoor, je kon er op wachten, het ging een keer mis, overigens pas 10 jaar later. Dikke necrose op het

bovenbeen, de plastisch chirurg deed er een lap op en vertelde de patiënte dat het mijn schuld was en dat ik het helemaal fout had gedaan. Hier kwam ik overigens pas achter toen ik een brief kreeg waarin werd aangekondigd dat er een klacht tegen me was ingediend. De vlammen sloegen me uit. Ik heb toen de literatuur grondig doorgespit om te kijken of ik iets kon vinden wat me zou vrijpleiten en dat lukte. Ik werd ‘vrijgesproken’ nadat ik literatuur had aangeleverd, waarin een erkend expert op het gebied van sclerotherapie, dr. M.P. Goldman, schreef dat ‘even with excellent technique, necrosis occasionally occurs’. Bovendien gaf ik alle patiënten bij het eerste consult een zelfgemaakte folder mee, waarin de mogelijke bijwerkingen, waaronder necrose, werden beschreven (en vermeldde deze dotatie uiteraard ook in de status).

---

#### CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl





## Je voeten geven je mobiliteit, je handen je leven kwaliteit

Annemie Galimont, dermatoloog, Bravis Ziekenhuis, Roosendaal

Ze zei het alsof het gewoon een feit was, iets dat er nu eenmaal bij hoorde:

–“Ik kan mijn billen niet meer afvegen.”

Geen emotie, geen boosheid, geen zelfmedelijden. Maar haar blik gleed weg, haar schouders iets opgetrokken. Je voelde aan alles: dit raakt haar dieper dan ze laat merken.

Haar voeten waren ernstig beschadigd door de chemotherapie. De zolen rauw, de huid op meerdere plekken loslatend, pijnlijke blaren die niet meer heelden. Haar teennagels waren verdwenen, net als die van haar vingers. Schoenen dragen was onmogelijk, lopen werd een beproeving. Ook haar handen deden niet meer wat ze moesten doen. Geen knoopje dicht, geen tube open, geen handdoek stevig vasthouden. Zelfs naar het toilet gaan lukte niet meer zelfstandig.

En toch stond er in haar dossier: Behandeling verloopt goed. Voor mij was dat een keerpunt. Want medisch gezien ging het goed, maar zij verloor intussen haar dagelijkse zelfstandigheid – stilletjes, zonder dat iemand het leek op te merken. Niemand had haar gewaarschuwd. Niemand had haar voorbereid. En dat terwijl we inmiddels wéten dat deze klachten voorkomen kunnen worden, of op z'n minst verzacht.

Vanaf dat moment ben ik met andere ogen naar zorg gaan kijken. Niet alleen naar kankerzorg, maar naar hoe we mensen

begeleiden tijdens hun behandeling. We focussen vaak op het grote geheel – op overleving, op tumormarkers, op protocollen – maar verliezen daarmee de kleine dingen uit het oog die iemands leven dragelijk houden. Kun je lopen? Jezelf aankleden? Naar het toilet gaan zonder hulp? Dat zijn geen bijzaken. Dat zijn voorwaarden voor waardigheid.

Samen met betrokken collega's ontwikkelden we een landelijke zorgmodule voor preventieve hand- en voetzorg. Met screeningsmomenten, duidelijke verwijslijnen en een heldere rolverdeling tussen zorgverleners. Daarnaast bouwden we een publieksgerichte website, zodat ook patiënten, naasten en huisartsen signalen tijdig leren herkennen.

Wat begon bij die ene vrouw groeide uit tot een bredere beweging. Haar verhaal neem ik sindsdien overal mee naartoe. In lessen, in richtlijnen, in scholingen. Omdat ze me liet zien dat goede zorg niet begint bij overleven, maar bij het behouden van wat mensen nodig hebben om zichzelf te kunnen blijven.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

annemiegallimont@outlook.com



## Hoe ouder, hoe kwieker

Jade Logger, aios Maastricht UMC+, Maastricht

Op een ochtend stond op mijn snijprogramma een excisie van een PCC ter plaatse van het onderbeen bij een 95-jarige patiënte gepland. Ik had me mentaal stiekem al een beetje voorbereid op een rollator, oedeembenen, zwachtels afrollen en een team-effort om de patiënt met tijd, geduld en beleid op de OK-tafel te positioneren. Enigszins verrast was ik toen er een superkwieke dame zonder hulpmiddelen de OK-ruimte in kwam huppelen en met één soepele beweging op de onderzoeksbank sprong. Terwijl ik de verdoving plaatste, kletste ze honderduit over haar kinderen en kleinkinderen. Toen ik het mes van de assistente aanpakte en wilde beginnen met de incisie, ging ze ineens recht overeind zitten. Enigszins bezorgd vroeg ik of het goed met haar ging en of de rugleuning wellicht wat hoger moest, misschien werd ze kortademig?

–“Nee nee”, zei ze opgewekt, “Ik wil gewoon heel graag rechtop

zitten, dan kan ik precies zien wat je doet!”

En zo geschiedde. Tijdens het snijden lichtte ik bij elke stap toe wat ik deed; ze vond het allemaal prachtig. Tijdens het coaguleren vroeg ze wat voor apparaat dat was?

–“Dit is om bloedvaatjes dicht te branden”, legde ik uit.

–“Oh wat handig, kan ik er zo eentje mee naar huis nemen straks? Dan kan ik het zelf doen mocht het gaan nabloeden!” Met een grote glimlach verliet ik die ochtend de OK. Hopelijk mag ik zo ook 95 jaar worden...

---

### CORRESPONDENTIEADRES

jade.logger@mumc.nl



# Hidradenitis suppurativa

Ineke Terra - Janse, dermatoloog Meander MC, Amersfoort

---

In de afgelopen jaren heb ik een bijzondere populatie van patiënten met hidradenitis suppurativa (HS) opgebouwd. De begeleiding van deze groep brengt uiteenlopende uitdagingen met zich mee. Zo probeer ik al zes jaar een patiënte met uitgebreide vulvaire Hurley III-HS te overtuigen van de noodzaak tot een operatieve behandeling - tot nu toe zonder succes.

Een andere patiënte, 30 jaar oud, vroeg me onlangs om een medische onderbouwing te schrijven voor haar aanvraag van een invalidenparkeerkaart. En dan is er nog een jonge man die ik begeleid sinds zijn veertiende. Hij is jarenlang verslaafd geweest aan alcohol en cannabis. Bij elk bezoek prijs ik hem dat hij blijft komen, en laatst vertelde hij me trots dat zijn moeder hem als een totaal ander mens herkent sinds hij is gestopt met blowen.

Hoewel het misschien ongebruikelijk klinkt om te spreken over een 'favoriete patiënt', is er toch één patiënte die direct in me opkomt: mevrouw H., een 31-jarige vrouw met zowel HS als inflammatoire darmziekte (IBD). Tijdens mijn promotieonderzoek richtte ik me op de relatie tussen deze twee aandoeningen. Ik hoopte dat de gedeelde pathogenese mij op het spoor zou brengen van een genetische predispositie. Mevrouw H. is inmiddels al geruime tijd onder mijn hoede. Haar ziekte van Crohn is in al die jaren relatief rustig gebleven, maar haar HS is hardnekkig actief. Minstens eens per drie maanden komt ze tussendoor op de poli vanwege een pijnlijk abces, ondanks behandeling met adalimumab.

Ze verkiest incisie en drainage door mij onder lokale verdoving boven een bezoek aan de spoedeisende hulp. Volgens haar is de SEH 'zonde van haar tijd', en de pijn die ik haar daarbij aandoe kan ze, zegt ze, goed van mij verdragen. Tussen de behandelingen door praten we over de dingen die haar blij maken. Zo leerde ik haar kennen als de bevlogen voorzitter van de Douwe Bob-fanclub. Ze benadrukte meteen dat ze geen

hysterische groupie was - ze had samen met hem op de middelbare school gezeten en hij had haar persoonlijk gevraagd om deze taak op zich te nemen.

Door de jaren heen zijn haar interesses meegegroeid met haar ontwikkeling. Kort voor de coronapandemie vroeg ze mij of een behandeling met bacteriofagen voor haar zinvol zou zijn. Ze overwoog zelfs naar Georgië te reizen om die behandeling te ondergaan. Mijn poging haar door te verwijzen naar een bacteriofaag expert in het Erasmus MC liep helaas op niets uit. Niet veel later besloot ze een traject in te gaan om zwanger te worden van een bekende donor. Ze wilde niet wachten op de juiste liefde en nam zelf de regie over haar leven. Inmiddels is ze een trotse moeder van een gezonde zoon en bewonder ik de manier waarop zij haar moederschap combineert met de last van twee chronische aandoeningen.

Helaas nemen haar abscessen de laatste tijd weer toe. In overleg bespraken we een mogelijke overstap naar een ander biological. Na preconceptioneel advies gaf ze echter aan eerst opnieuw zwanger te willen worden. Ze wil zeker weten dat haar Crohn tijdens de zwangerschap stabiel blijft, en stelt daarom de medicatiewissel uit.

Terwijl ik dit schrijf, realiseer ik me dat ik de komende jaren nog beter mijn best voor haar wil doen. Als je al op jonge leeftijd geconfronteerd wordt met twee ingrijpende, chronische aandoeningen en er desondanks in slaagt om zó positief en zelfstandig in het leven te staan, dan verdien je — wat mij betreft — een standbeeld.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

ic.terra@meandermc.nl



Ik had mijn hand al op de deurkruk om verder te gaan met de race die wij spreekuur noemen. In de spagaat tussen tijdsdruk en empathie keek ik haar nog een keer aan. Een dame van mijn leeftijd zat verslagen op het randje van de onderzoeksbank. Haar man hield haar hand vast, haar broer - medisch specialist - die haar vergezelde voor de inhoudelijke kant van het verhaal, stond met een terneergeslagen blik ietwat ongemakkelijk tegen de muur geleund. Ik heb haar zojuist verteld dat de moedervlek op haar arm een melanoom bleek. Alle medische aspecten en hun inhoudelijke vragen hadden we zojuist doorgenomen, inclusief de ongunstige Breslowdikte, al dan niet ingefluisterd door haar broer. Terwijl ik de deurkruk al wat warmer in mijn hand voel worden, kijkt ze me aan en vraagt:

-"Wat vertel ik mijn kinderen?"

Ooit was ik het op die stoel en stelde diezelfde vraag, hardop of in gedachten, dat herinner ik me niet. Ik denk niet meer aan mijn spreekuur want was dit niet de reden dat ik arts ben geworden? Wilde ik niet een verschil maken voor mensen, hoe klein ook? Ik denk terug aan wat voor mij destijds het verschil had gemaakt en liet de deurklink los. Ik ging naast haar zitten op de onderzoeksbank. Dit werd een ander soort gesprek. Ik opende mij als medemens voor haar en wierp het dokterspantser af.

-"Ze zullen voelen dat er iets is. Neem kinderen in vertrouwen en wees open in hun eigen taal. Zolang je naar ze blijft luisteren, gevoelens er laat zijn en bij ze bent, is het goed."

Ik keek haar aan en vertrouwde haar toe dat ik uit ervaring weet hoe ontredder je bent op het moment van een vervelende diagnose. Maar ik weet ook dat je met veerkracht en rust een nieuw scenario zeker het hoofd kan bieden, en na een tijd weer de toekomst in durft te kijken.

Daarna kon ik de kamer verlaten, met een afgerond en goed gevoel.

Later hoorde ik via haar broer dat ze een bijzonder gevoel aan ons gesprek hadden overgehouden. Net als ik. Ik heb mijn kwetsbaarheid durven tonen vanuit mijn artsensrol, zonder dat het iets afdeed aan mijn professionaliteit. Plots herinner ik me het briefje dat een onbekende me bijna 20 jaar geleden in de trein toestopte: klein en verstild, maar voller dan de hele samenvatting interne geneeskunde op mijn schoot:

Drugs reduce  
Surgery fixes  
Both precise and necessary  
But love heals what neither can reach

Het is mijn Kompas gebleven.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

j.dickinson@nvdv.nl



## Een plekje als van een viltstift

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

---

Het zal zo'n 20 jaar geleden zijn geweest dat ik werd gebeld door een huisarts met de vraag of ik een meisje van 13 zou willen zien met een volgens hem vreemde plek in de haargrens op haar voorhoofd.

-"Het is misschien vreemd maar het lijkt net of er met zwarte viltstift een vlek gemaakt is", zei de huisarts nog. Terwijl ik een afspraak voor haar besprak met de huisarts dacht ik onwillekeurig: 'ja hoor, tuurlijk een viltstift...'

Maar toen ik haar later die dag zag, snapte ik de beschrijving, hoe plastisch ook, direct. Dermatoscopisch in ieder geval voldoende aanwijzingen die een excisie rechtvaardigden. Twee weken later kwam de uitslag: radicaal verwijderd melanoom.

Gezien de locatie en Breslow dikte volgde een verwijzing naar een academisch centrum en re-excisie door een plastisch chirurg. Daarna volgden de controles bij mij. Het meisje, laat ik haar Mia noemen, werd tijdens het eerste bezoek en de controles steeds vergezeld door haar bezorgde moeder. Zelf zei ze weinig, maar je zag dat ze aandachtig luisterde naar de gesprekken die ik met haar moeder over haar had. Haar moeder had veel vragen en dat is goed invoelbaar gezien de diagnose zeker op deze jonge leeftijd. Maar ook door wat je in die tijd, zelfs zonder skinfluencers, allemaal op het internet kon vinden over het melanoom.

-"Klopt de diagnose? Wat als het terugkomt? Moeten er geen scans gemaakt worden?"

Een andere steeds terugkerende vraag was:

-“Weet u zeker dat het goed komt?”

Je merkte dat vooral die laatste vraag voor Mia erg ongemakkelijk was. Ze zei niets, maar was er zichtbaar van doordrongen dat het serieus was. Gelukkig waren de controles steeds goed, nam het aantal vragen van haar moeder geleidelijk af en konden de controles na vijf jaar worden afgesloten.

Jaren later kreeg ik een brief met een engel aan een sleutelhanger van Mia. Zij schreef dat het nog steeds goed met haar ging en bedankte mij voor de goede zorgen en mijn geduld met haar overbezorgde moeder. Mede door deze goede ervaringen had zij besloten ook in de zorg te gaan werken. Zij was verpleegkundige geworden op een afdeling met dubbelgehandicapte patiënten.



## Onverwachte wending

Ronald Houwing, dermatoloog Deventer Ziekenhuis, Deventer

De laatste controle van een patiënt die eerder behandeld is voor een melanoom vind ik altijd een bijzondere gebeurtenis. Als alles goed is, kan ik ze ontslaan, want ze zijn ‘genezen’ verklaard. Het geeft een goed gevoel om mensen aan wie je eerder slecht nieuws moest brengen, zo blij te zien. Ik vraag dan altijd of hun leven veranderd is, na die periode van schrik en onzekerheid. De reacties verrassen me telkens weer. Sommigen doet het schijnbaar niets (of ze snappen mijn vraag niet). Anderen vertellen dat ze sinds ze ‘melanoompatiënt’ zijn veel bewuster gingen leven. Enkelen hebben hun baan opgezegd en zijn eindelijk aan de studie van hun dromen begonnen. Anderen boekten halsoverkop een te lang uitgestelde reis, met het hele gezin en aanhang, die onvergetelijk was.

Hoogtepuntjes in het weinig heroïsche werk van een dermatoloog. Na zo’n bezoek voel je je voldaan. Echter niet bij de klachtenbrief van een partner van een melanoompatiënt die ik na zijn laatste controle had uitgezwaaid en drie maanden later onder de metastasen bleek te zitten waaraan hij is overleden.

Enkele weken na deze brief zat er een patiënt tegenover me die zei dat ze me wel kende. Ze keek me doordringend aan.

Tijdens het spreekuur stel je aan de lopende band diagnoses, geef je uitleg, behandel je en stel je gerust. In feite is dat allemaal gewoon onderdeel van je werk: het inspelen op de beleavingswereld van de patiënt en zijn of haar omgeving. Dat is wat er van ons verwacht wordt. Als dat tot gevolg heeft dat je iemand onbewust hebt geïnspireerd om met de meest kwetsbare patiënten te gaan werken is dat echt heel bijzonder.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl

-“Door u ben ik mijn echtgenoot verloren.”

Het zweet brak me uit. Had ik een melanoom bij hem gemist, of was dit opnieuw zo’n casus als de klachtenbrief? Zij zag mijn verwarring:

-“Hij is niet dood hoor, maar hij heeft mij na veertig jaar huwelijk verlaten.”

Dat vond ik heel verdrietig voor haar, maar wat was mijn rol hierin? Ze vertelde:

-“Na zijn laatste melanoomcontrole bij u kwam hij verward thuis. Ik vroeg wat er aan de hand was - was het niet goed?”

-“Jawel”, zei hij. “De dokter feliciteerde me en vroeg of mijn leven veranderd was sinds de diagnose. Ik snapte zijn vraag niet, maar hij legde uit dat zo’n ervaring je anders naar het leven kan laten kijken. Onderweg naar huis heb ik over zijn woorden nagedacht. Ik wil van je scheiden.”

---

### CORRESPONDENTIEADRES

houwingr@gmail.com





# De zeventigjarige kampioen

Peter Velthuis, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

---

Een man van zeventig bezoekt mijn spreekuur. Hij is netjes en sportief gekleed in overhemd, jasje, stropdas, spijkerbroek en sneakers. Zijn huid zit vol met vergroeiingen, zegt hij. Ik zie enkele verrucae seborrhoeicae onder zijn boordje vandaan komen. Ook daarboven in zijn nek zijn er een aantal, evenals in zijn gezicht.

-“Laat maar eens kijken”, zeg ik.

Hij begint zich uit te kleden. Hij is klein van stuk, slank en atletisch. Hij zou model kunnen zijn bij een anatomiecollege. Elke spier is van begin tot eind te volgen. Onwillekeurig vergelijk ik hem met mijzelf. Ik ben tien jaar jonger. Ooit had ik sportieve ambities, ik was spelverdeler van het volleybalteam dat de finale van het schoolkampioenschap van Amsterdam haalde. Maar co-schappen, militaire dienst, daarna fulltime banen voor mijn vrouw en mijzelf, kleine kinderen, sporten lukte al snel niet meer. Buiten de wekelijkse boodschappen en fietsen op de hei, waren er weinig lichamelijke uitdagingen. Goed slapen was belangrijker.

Inderdaad zit zijn huid vol met seborroïsche wratten. Maar natuurlijk doe ik een nauwkeurige inspectie van alle delen van het lichaam. Dat duurt wel even en om wat te zeggen, vraag ik hem: -“U doet nogal veel aan sport, denk ik?”

-“Ja, inderdaad. Ik ben twaalf jaar geleden begonnen. Het was na mijn scheiding. Ik ging weer bij mijn moeder wonen. Zij woonde alleen na het overlijden van mijn vader. Ik was er nog geen twee maanden toen zij te horen kreeg dat ze kanker had. Vanwege de uitzaaiingen zag het er slecht uit. De dokter gaf haar nog een half jaar, niet langer. Toen was er de chemo, waar ze erg veel last van had en ben ik begonnen met haar te verzorgen, naast mijn werk. Om af en toe uit te waaien ben ik gaan hardlopen, eerst vijf, maar later iedere dag minimaal tien kilometer. Daar ben ik ook wedstrijden in gaan doen. En ik bleek erg goed te zijn. De laatste jaren doe ik mee aan

marathons. Nu ik zeventig ben geworden, heb ik kans om een nieuw marathonrecord te vestigen in deze leeftijdscategorie.”

-“En, ... wat is uw beste tijd op die afstand?”

-“Twee uur vijf-en-dertig.”

Wauw! Ik feliciteer hem en vertel dat ik ooit een carrière had willen starten in wielrennen. Maar mijn moeder zag dat niet zo zitten met al die dopingschandalen destijds. Een veelbelovende carrière in de knop gebroken. We lachen daar samen om. Ik vertel hem dat hij geen zorgen hoefde te hebben. Het is allemaal goedaardig.

-“Ook al zijn ze goedaardig, ik wil graag van die wratten af.

Mijn moeder is vorig jaar doodgegaan. Doordat ze zolang is blijven leven, heb ik nooit meer de kans gehad met een vrouw te zijn. En nu met die wratten, denk ik niet dat het gaat lukken. Wilt u ze weghalen, kan dat? Ik kan er desnoods voor betalen.”

Het zal een hele klus worden. Ik schat vier tot vijf behandelingen met scherpe lepel en CO<sub>2</sub> laser. Nadien kans op post-inflammatoire hyperpigmentatie.

-“Geen probleem”, zegt de man.

Enkele jaren na de behandelcyclus wandel ik met mijn vrouw op het strand bij Hoek van Holland. De hardloper die ik zie aankomen, blijkt de marathonman te zijn. Ik steek mijn duim omhoog. Hij herkent mij en doet hetzelfde. Ik steek ook mijn andere duim omhoog en trek vragend mijn wenkbrauwen op. Ook hij steekt zijn andere duim omhoog en knikt daarbij een aantal malen met een brede glimlach.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

pvelthuis@erasmusmc.nl

# Verliefdheid en andere ongemakken



## Levensveranderende consult

Anoniem\*

Sommige patiënten blijven je bij vanwege hun zeldzame huidziekte, anderen vanwege hun indrukwekkende levensverhaal. Maar zelden is een patiënt zó bijzonder dat ze je leven voor goed verandert.

Het was 2017, een gewone dinsdagochtend, toen de aios mij om supervisie vroeg. Ze legde de casus voor en vertelde me erbij dat het een extra leuke patiënte betrof. Het bleek een elegante, aantrekkelijke vrouw, opvallend welbespraakt en communicatief. Ze kwam voor behandeling van haar psoriasis, maar in de vervolgsconsulten bleek snel dat onze gesprekken verder reikten dan alleen de huid. Bij elk consult groeide er een subtiele band: gedeelde passies, verhalen over onze kinderen, een wederzijds begrip dat zelden zo vanzelfsprekend voelt.

Als artsen zijn we getraind om professionele afstand te bewaren. Op een dag, na een bijzonder geanimeerd gesprek, nodigde ze me uit om samen iets te gaan drinken. Een uitnodiging die ik, met pijn in mijn hart, afsloeg. De arts-patiëntrelatie is immers heilig en vraagt om grenzen, hoe menselijk de gevoelens ook zijn.

Maanden later sloten we haar behandeling af. Er volgde een periode van afkoeling, langer dan me lief was. Maar toen het stof was neergedaald en de professionele banden definitief waren doorgesneden, durfde ik haar alsnog te benaderen. We dronken dat glas wijn, waar we zo lang omheen hadden

gedraaid. Nu, acht jaar later, zijn we getrouwd.

Mijn vrouw vertelt ons verhaal graag, vol trots en met een vleugje romantiek, over hoe we elkaar op zo'n ongebruikelijke manier ontmoetten. Zelf blijf ik liever op de achtergrond wegens het taboe dat rust op arts-patiëntrelaties. Ik ben me terdege bewust van het belang van een veilige, vertrouwelijke behandelrelatie en het risico op machtsongelijkheid. Toch geloof ik dat niet elke patiënt een kwetsbaar afhankelijk slachtoffer is dat beschermd moet worden tegen de slechte intenties van de arts. In veel gevallen zijn de verhoudingen gelijkwaardiger dan we veronderstellen.

Ik hoop dat er ruimte komt voor meer nuance in dit gesprek. Dat we mogen erkennen dat liefde soms onverwacht opduikt, zelfs op plekken waar je het niet verwacht. Misschien durf ik ons verhaal dan ooit zonder schroom en zonder anonimiteit te vertellen.

*\*De naam van de inzender is bij de redactie bekend.*

### CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl



## Man in pak

Birgitte Visch, dermatoloog Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem

---

Zonder uitzondering bezocht het echtpaar jarenlang mijn spreekuur. De man was mijn patiënt. Altijd goed gekleed en altoos een tikje te bruin. Gouden armband om de pols met een zelfverzekerdheid die op zijn minst een tikje ijdelheid verried. Hij was onder behandeling voor diverse huidkankers. Op een dag verschenen zij vanwege een BCC op zijn oorschelp. Helaas bleek zijn kraakbeen zo hard als bot, en kwam ik er met het mes niet goed doorheen. Ik stuurde hem door naar de KNO-arts om te beoordelen of dit gewoon fysiologische variatie was, of er iets anders aan de hand was. -“Ik zie u daarna weer graag terug...”, sprak ik routineus tegen hem.

Tot mijn verbazing kwam hij kort daarna alleen, strak in een Armani- pak, de leren Italiaanse loafers glimmend gepoetst.

Hij opende het gesprek met een bijna triomfantelijk:

-“Hier ben ik dan. U zei dat u mij graag wilde zien!”

Mijn verbijstering kon ik nog net een beetje verhelen om hem daarna uit te leggen dat hij mijn opmerking niet helemaal correct had geïnterpreteerd:

-“Wat ik bedoelde was dat ik u terug wilde zien voor controle.”

Het consult eindigde vrij snel daarna. Pas naderhand viel mij in dat hij deze keer met zijn stoel iets dichterbij mij was aangeschoven dan voorheen.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

bvisch@rijnstate.nl



## Eén opmerking te veel

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

---

Mevrouw Jansen is een rustige vrouw die oogt alsof zij het niet gemakkelijk heeft in haar leven, bij wie dan ook moeilijk een glimlach te ontlokken is. Zij gebruikt een zalf voor haar psoriasis vulgaris. Daarmee is zij tevreden, al zijn de plekjes nooit helemaal weg. Zij is altijd op tijd en mist nooit een afspraak. Ook bij haar gaat de psoriasis soms beter en soms slechter. Als het slechter gaat, vraag ik steevast hoe gaat het verder, zijn er nog dingen die spelen? Haar antwoord is steevast:

-“Nee hoor”.

Nadat zij een tijd niet op het spreekuur verscheen, zag ik haar weer maar nu voor een ander probleem. Wat meteen opviel was een totaal andere look. Onder een fris nieuw kapsel zag ik een frisse vrolijke en zelfs guitige blik met voor het eerst een make-up. Het was een totaal andere vrouw, mevrouw Jansen 2.0.

Ik vroeg haar hoe het met haar en haar psoriasis ging.

-“Nou dokter, dat zal ik u vertellen. Op een dag kwam ik thuis met twee volle boodschappentassen. Mijn man zat onderuitgezakt op de bank en zei:

-“Zou je niet eens de vuilniszakken buiten zetten en gaan koken want ik heb honger!”

Ik dacht toen: ‘Ik schei ermee uit!’, liet de boodschappentassen vallen en ben vertrokken.

-“En de psoriasis?”, vroeg ik?

-“Net als mijn man verdwenen, dokter, als sneeuw voor de zon!”

---

### CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl

# Foutencarrousel



## Concentreren op de concentraties!

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

Toen vroeger nog de goede oude tijd was, mochten we van de zorgverzekeraars (ziekenfondsen) de ontsierende roodblauwe adertjes op damesbenen (bezemrijvarices) wegspuiten tegen een zeer aantrekkelijk tarief. Dat deed ik met 0,5% Aethoxysklerol. Ik gebruikte ook 1%, 2% en 3% voor wat grotere varices. Hoe goed ik ook altijd op de concentraties lette, één keer ging het fout. Ik wist niet zeker meer of we 0,5% of 3% gebruikt hadden en mijn assistente ook niet, we hadden te snel opgeruimd. Tja, wat te doen, het spul zat er al in en het been was verbonden. Als ik per ongeluk 3% gebruikt had, was er een reële kans dat er flinke necrose op zou treden. In andere omstandigheden zou ik de list van De Groot hebben toegepast: net doen alsof er niets aan de hand is en hopen dat het vanzelf goedkomt, maar dat durfde ik hier niet aan. Dus heb ik de hele situatie aan de patiënte uitgelegd en wat de mogelijke gevolgen zouden kunnen zijn. Ik heb vervolgens tegen haar gezegd:

–“Als er wat is, bijvoorbeeld dat het pijn gaat doen, dat het been dikker wordt, of dat u koorts krijgt, wat dan ook, bel! Ik zal de telefonistes zeggen dat wanneer u 's avonds, 's nachts of in het weekeinde belt, ze u naar mij moeten doorverbinden en dan kom ik meteen.”

Een week later kwam de patiënte, een psychologe, terug: er was gelukkig niets bijzonders gebeurd en alles zag er prima

uit. Aan het einde van het consult haalde ze een fles wijn tevoorschijn en sprak (ja, meisjes en jongens, ik kan er ook niets aan doen, ze zei het echt):

–“U heeft precies gedaan wat in deze situatie het beste en juiste was.”

Dit voorval versterkte mijn mening dat, wanneer je iets fout gedaan hebt, je er het beste voor uit kunt komen, het eerlijk met de patiënt bespreekt en excuses aanbiedt. De meesten zullen je eerlijkheid op prijs stellen en het je niet kwalijk nemen. Het is niet meer zoals in de tijd van Sir Lancelot Spratt, de beroemde chirurg uit Harley Street in de boeken van Richard Gordon. Hij kon nog verkondigen:

–“Al zet je een patiënt het verkeerde been af, dan nog krijg je een kist sigaren voor Kerstmis.” Maar ook in mijn praktijkjaren waren de meeste patiënten vergevingsgezind naar dokters die eerlijk zijn over een gemaakte fout. Anderzijds: ontkennen van een overduidelijke fout is riskant, dan gaan de hakken in het zand! Maar de huidige maatschappij is wel veel harder dan destijds, dus het is goed mogelijk dat deze visie gedateerd is.

### CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl



## In het zicht van de haven ...

Jannes van Everdingen, dermatoloog n.p. en beleidsadviseur NVDV

---

Na mijn opleiding dermatologie in het Binnengasthuis en AMC, bleef ik voor één dag verbonden aan het AMC, toen nog niet wetende dat ik daar bijna 25 jaar zou blijven. Ik had daarnaast geen eigen praktijk, maar een kantoorbaan bij het CBO, waar ik belast was met het beleid rond landelijke richtlijnontwikkeling. Halverwege die periode maakte ik als UHD nog een uitstapje naar de afdeling medische psychologie van het AMC waar ik mij verdiepte in de interactie tussen patiënt en arts en mij specifiek bezighield met zaken als informatieoverdracht, slechtnieuwsgesprek, grensoverschrijdend gedrag en omgaan met fouten. [1,2]. Op die ene dermatologie-dag per week had ik 's ochtends een spreekuur en gaf ik 's middags les aan co-assistenten. Dat spreekuur werd gaandeweg steeds meer een spreekuur voor bijzondere patiënten met auto-immuunziekten. Maar ook de gewone huis-tuin-en-keuken dermatologie kwam af en toe voorbij.

Zo zag ik in een van de laatste jaren dat ik een polispreekuur draaide, een patiënt met op zijn rug een huidafwijking die ik aanzag voor een verruca seborrhoeica. Met een scherpe lepel krabde ik de 'verruca' weg van zijn rug en liet aanvullend histologisch onderzoek achterwege. Een klein jaar later kreeg ik een telefoontje van het afdelingshoofd. Hij had via de klachtencommissie van het AMC een officiële schriftelijk klacht gekregen van de zoon van de patiënt. Het was de eerste klacht over mij. Het was geen verruca seborrhoeica geweest, maar een romphuidtype basaliom, waarbij maanden later uit de boden een recidief ontstond, dat de patiënt elders liet verwijderen. Hij liet mij weten dat ik vooral niets moest doen en verdere stappen moest afwachten. Mijn eerste reactie was die van verontwaardiging. 'Het zal mij toch niet gebeuren dat ik aan het eind van mijn loopbaan nog voor de tuchtrechter moet verschijnen.' Maar ook boosheid. Boos op het afdelingshoofd dat mij opdroeg geen actie te ondernemen. Ik beschouwde zijn instructie als een inschattingfout en volgde die niet op, want mijn gezonde verstand dat mede was gebaseerd op alles wat ik op de afdeling medische psychologie had geleerd en wat ik daar zelf over had geschreven in artikelen en leerboeken, zei mij er meteen werk van te maken. [3]. Ik heb diezelfde dag de patiënt gebeld, mijn fout toegegeven, mijn excuses

aangeboden en de hoop uitgesproken dat hij er geen nadelige gevolgen van zou ondervinden. Hij aanvaardde mijn excuses ruimhartig. De plek op zijn rug was inmiddels restloos genezen. De patiënt vond het heel vervelend dat er een klacht was ingediend door zijn zoon. Dat bleek een collega te zijn, een chirurg. Vervolgens vroeg ik hem of ik zijn zoon mocht bellen. Hij gaf mij zijn telefoonnummer. Ook die belde ik meteen en wederom bood ik mijn excuses aan. Dat gesprek verliep wel moeizamer. Hij hield mij voor dat ik een fout had gemaakt. Wat volgens mij een inschattingfout was, was in zijn ogen een kunstfout. Ik had het weggenomen materiaal nooit in de 'prullenbak' mogen gooien. Wat hij van mij vooral wilde horen, was dat ik dit nooit meer zou doen. Ik had volgens de klager een biopt moeten nemen. Ik probeerde hem nog wel duidelijk te maken dat dermatologen veel meer ouderdomswratten zien dan chirurgen en dat de ervaring van dermatologen hen op dit gebied behoedt voor onnodige diagnostiek, in dit geval histologisch onderzoek. Maar juist op dat vlak was ik te kort geschoten, zo stelde hij. Dat kon ik niet weerspreken. Ik moest beloven dat ik er alles zou doen te voorkomen dat ook andere patiënten de dupe zouden worden van dezelfde fout. Vervolgens aanvaardde hij mijn excuses en trok hij zijn klacht in. Ik vertelde het afdelingshoofd dat ik de zaak had opgelost. Dat gaf wel voldoening, patiënten willen immers vooral horen dat men van fouten leert. Deze zaak onderstreepte nog eens duidelijk en 'pijnlijk' dat ik er met één dag dermatologie per week niet beter op werd.

Een paar maanden later zwaaide ik af bij het AMC, zonder 'strafblad'.

### LITERATUUR

1. Van Everdingen JJE. Omgaan met fouten. In: De Haes JCJM, Hoos AM, van Everdingen JJE (red). *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier, 1999:193-205.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

j.vaneverdingen@nvdv.nl





# Een gat gesneden

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

---

De dermatochirurgie heeft me nooit zo aangetrokken. Daaraan zal bijgedragen hebben dat geen van de stafleden van wie ik het betere snij- en hechtwerk moest leren tijdens mijn opleiding ooit het scalpel ter hand had genomen. Gelukkig waren er destijds twee tropenartsen in opleiding tot dermatoloog en van hen konden we de basisbeginselen leren (inclusief hoe je een draadje aan de naald moest bevestigen; ik verzin dit niet). Ik deed dan ook relatief weinig chirurgie en verwees veel patiënten naar de chirurg of de plastisch chirurg. Iedereen (ik, de patiënt, de [plastisch] chirurg) tevreden behalve het ziekenfonds. Maar op een (niet zo mooie) dag was ik blijkbaar in een overmoedige bui en had een patiënte op de onderzoeksbank van mijn poli liggen met een basaalcelcarcinoom op het voorhoofd. Tot mijn schrik leek de tumor aanzienlijk groter dan bij het eerste consult een paar dagen daarvoor. Goed, ik wil me natuurlijk niet laten kennen en snij het ding er met een mooie ellips uit. Tot zover niets aan de hand. Volgende fase: hechten, en dat liep minder voorspoedig. Ik kon sjoeren en ondermijnen wat ik wilde, maar ik kreeg de wond met geen mogelijkheid gesloten. Ik bleef gelukkig rustig en vertelde het slachtoffer van mijn chirurgische onkunde dat het me niet lukte om de wond te sluiten, maar dat ik een chirurg zou gaan zoeken en vragen of die het van me over wilde nemen. Tien

minuten later kwam ik terug met chirurg Erik, die controleerde of de verdoving nog goed werkte en vervolgens in een paar minuten met een bewonderenswaardig maar ook jaloersmakend gemak de wond sloot. De patiënte was heel tevreden over hoe ik de situatie had afgehandeld en heeft vervolgens haar hele familie en vriendenkring aangeraden om naar mij te gaan wanneer ze iets met de huid zouden hebben. Eens te meer bleek hoe belangrijk 'niet-medische kwaliteit' in de praktijk kan zijn bij hoe patiënten ons beoordelen.

*De Groot AC. Niet-medische kwaliteit in de dermatologische praktijk. Het geheim van de succesvolle dokter. II. De relatie met de patiënt. Ned Tijdschr Derm Venereol. 2000;10:285-289.*

*De uitdrukkingen 'ik verzin dit niet' en 'tot zover niets aan de hand' zijn afkomstig uit de Volkskrant columns van Sylvia Witteman*

---

## CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl

# Souvenirwinkel



## Dat verdient een bloemetje

Joost Meijer, dermatoloog UMCG, Groningen

Mijn allergiestage tijdens de opleiding werd letterlijk gekleurd door een mevrouw met een rode lelie op de rechterenkel. Het had niks te maken met een fytocontactdermatitis, maar de rode lelie was een verheven tatoeage waarbij de rode kleur al wel wat was verwelkt. Met een verdenking op een contactallergie sprong ik als enthousiaste beginnende aios op de fiets naar de lokale tattooshop aan het Gedempte Zuiderdiep voor de veiligheidsbladen van de tatoeage-inkt. Wat volgde, was een wat ongemakkelijk gesprek met de tatoeëerder over dit ongebruikelijke verzoek, maar met deze veiligheidsbladen konden we verder met de plakproeven. Helaas betekende de vastgestelde acrylaatallergie voor de rode tatoeage-inkt dat de lelie langer bleef staan dan op de vaas, maar bij een volgende afspraak voor een kenacort injectie kreeg ik toch een bosje lelies van de patiënte.

### CORRESPONDENTIEADRES

j.m.meijer@umcg.nl



*Illustratie. Tatoeage van een rode lelie, vóór type IV reactie. Bron: ChatGPT*



# Plotseling visusverlies

Nadia Kamminga, a(n)ios Erasmus MC, Rotterdam

---

Tijdens mijn spreekuur werd ik gebeld door een doktersassistente. Ze had me eerder die dag al gemaild over een patiënt, maar besloot toch ook even te bellen om haar zorgen te uiten. De partner van een 70-jarige man had namelijk naar de poli gebeld: zijn visus in één oog zou 'plots van 80% naar 0%' zijn gegaan. Dit was de dag ervoor geconstateerd door de opticien, die hier verder niets mee had gedaan. Zowel de patiënt als zijn vrouw maakten zich begrijpelijkerwijs grote zorgen.

De patiënt stond bij ons onder behandeling voor eczeem en gebruikte sinds kort ciclosporine. Het visusverlies leek niet direct aan deze behandeling gerelateerd, maar ik deelde de zorgen van patiënt en zijn vrouw: het zorgde bij mij voor een 'niet pluis'-gevoel. Ik besloot daarom intern te overleggen met zowel de neuroloog als de oogarts. Deze deelden mijn gevoel van urgentie, en de oogarts plande patiënt in voor een spoedconsult. Na beoordeling werd hij de volgende dag direct geopereerd: hij bleek een ablatio retinae te hebben.

Tot dat moment had ik alleen telefonisch contact met zijn bezorgde partner. Dat leverde overigens telkens dezelfde komische situatie op: het gesprek verliep via zijn vrouw, omdat hij zelf erg slechthorend was, maar ondertussen praatte hij voortdurend door haar heen.

-“Sorry hoor dokter, hij praat er weer eens doorheen,” verontschuldigde ze zich dan, omdat zij mij vervolgens ook niet meer kon verstaan.

Enkele weken later zag ik hen voor het eerst samen op het spreekuur, waar de patiënt eerst door een co-assistent was gezien. Toen ik binnenkwam, vroegen ze direct:

-“Bent u de arts die de afspraak bij de oogarts voor ons heeft geregeld?”

Toen ik dat bevestigde, schoten ze allebei direct vol. De patiënt pakte mijn hand vast en zei:

-“Dankzij u heb ik mijn oog nog. We zijn u hier zo ontzettend dankbaar voor.”

Hier kreeg ik zelf natuurlijk ook tranen van in mijn ogen. Het was een heel bijzonder en ontroerend moment dat ik niet snel weer zal vergeten.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

n.kamminga@erasmusmc.nl

# Varia



## Ik heb het helemaal niet aan mijn rug ...

Hans Alkemade, dermatoloog CWZ, Nijmegen

Veel van mijn patiënten die de eerste keer met huidkanker bij mij komen, zeggen wanneer ik uitleg dat het door de zon komt: "Ik kom helemaal niet in de zon, dokter." Ze bedoelen eigenlijk: "Ik lig niet te zonnen op een handdoek of een ligstoel, en ik boek geen zonzakantje."

Vaak vraag ik dan nog: "Ja, maar misschien vroeger wel?" Ook leg ik altijd uit dat het de combinatie is van de lichte huid en de zon: blauwe ogen en een heel licht huidje geeft een groter risico op huidkanker. Heb je bruine ogen en een huid met meer pigment, dan loop je minder risico. Er is een vorm van huidkanker (het plaveiselcelcarcinoom) waarbij de hoeveelheid genoten zon een risicofactor is, zeg maar de 'opgetelde schade' die groter is dan herhaald verbranden of verbranden op jonge leeftijd (risicofactoren bij basaalcelcarcinoom en melanoom dus). Dit alles natuurlijk samenhangend met een lichte huid. Als dokter zoek je dan een goed voorbeeld of een metafoor die beklijft en ik dacht er een gevonden te hebben. -"Dat u de laatste jaren niet meer in de zon komt, dat kan, maar die opgetelde zonneshade kunt u ook goed vroeger

opgelopen hebben. Neem bijvoorbeeld een bouwvakker die vanaf zijn 16de levensjaar loopt te sjouwen met stenen, balken en andere zware spullen, tot hij op zijn 60ste jaar stopt met werken. Dan lijkt er niks aan de hand. Maar op zijn 65ste krijgt hij rugklachten en gaat hij naar de huisarts die vervolgens zegt:

-"Hoewel je nu al vijf jaar niet meer werkt, komen die rugklachten van jou toch van dat zware sjouwen van vroeger!"

Zo meende ik een mooi voorbeeld te hebben met een overeenkomst tussen 'zon van vroeger' en 'zwaar sjouwen vroeger'. Het bleek een vergissing. De eerste patiënt bij wie ik dit voorbeeld gebruikte, knikte even maar keek me meewarig aan en zei: "Ja maar dokter, ik heb het helemaal niet aan mijn rug ..."

### CORRESPONDENTIEADRES

h.alkemade@cwz.nl



## Vakantiemesje

Laura Kienhorst, dermatoloog Tergooi MC, Hilversum

In de loop der jaren ziet elke dermatoloog een stoet patiënten voorbij komen. Daar zitten opmerkelijke types bij. Qua gedrag, kleding, hulpvraag et cetera. Sommige consulten zijn eenvoudig te schetsen aan de hand van de opmerkelijkste dialoog:

-"Goedemorgen mevrouw, u komt vandaag voor een mohsope-  
ratie van uw onderooglid. Heeft u nog vragen over de  
ingreep?"

-"Nee hoor, alles is duidelijk. Wij gaan wel over twee dagen  
naar Nigeria, voor mijn man zijn werk."

-"Maar mevrouw, er zitten hechtingen in de wond. Hoe wilt u  
deze eruit laten halen?"

-"Dat kan mijn man wel doen, hij is dierenarts. Kan ik zo'n  
mesje meekrijgen?"

### CORRESPONDENTIEADRES

lkienhorst@tergooi.nl



## Heimwee naar een Nokia

Els de Jonge, dermatoloog OLVG, Amsterdam

Iedereen zal het herkennen. Zaterdagochtend, na ontbijt met de kinderen en met koffie op de bank, krijg ik een appje. -“Hee Els, hoe is het met je? Hopelijk vind je het niet erg dat ik even een foto doorstuur. Anders gewoon zeggen he!” Op de foto is een beentje van een pasgeboren baby te zien met lineair gerangschikte gele bullae. De kraamzorg dacht aan een infectie, en de plekken zijn inmiddels alweer bijna weggetrokken. Het zal vast niks zijn, maar toch willen ze graag even mijn dermatologische advies. Incontinentia pigmentii, is het eerste dat me te binnen schiet. De moeder van de baby is een oud studiegenoot, en zoals we vroeger in onze groepsapp wel vaker casuïstiek of medische vragen deelden, ben ik geneigd meteen mijn waarschijnlijkheidsdiagnose terug te sturen. Gelukkig bedenkt ik me net op tijd, en in plaats van een appje te sturen maak ik even tijd voor een telefoontje waarin ik mijn zorgen en advies met haar bespreek. Zoals te verwachten schrikt ze, de mogelijke extracutane symptomen, zoals psychomotore retardatie en epilepsie zijn dan ook niet niks. Gelukkig kunnen ze snel terecht in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, wordt er geen genafwijking gevonden en lijkt de aandoening zich tot op de dag van vandaag te beperken tot de huid. De ouders van het meisje zijn blij dat er snel actie werd ondernomen en sturen me een kaartje om me te

bedanken. Ik ben blij voor hen dat het uiteindelijk allemaal mee bleek te vallen, maar denk er nog regelmatig aan terug. Een foto of appje is zo gestuurd, en een antwoord met een spotdiagnose ook. In de tien minuten consulten in de spreekkamer, de routine van het beantwoorden van teleconsulten of het beoordelen van een foto in de dienst op Siilo wordt het een tweede natuur om snel diagnoses te stellen. En zeker als het om een collega gaat, is het makkelijk om te vergeten dat er achter die foto een patiënt of ouders zitten, die meteen een literatuursearch starten en van het ergste uitgaan. Gelukkig gaat het vaker om eczeem, urticaria of mollusca, maar soms betekent ‘even een blik werpen’ meer dan alleen een diagnose of linkje sturen. Of ik vrienden, kennissen of burens nu vaker antwoord dat ik geen ‘spreekuur per whatsapp’ meer houd? Nee, meestal is de foto al gestuurd en vraag ik me af of ik beter help door te adviseren om eerst maar eens naar de huisarts te gaan. Maar wat zou het soms fijn zijn om weer een Nokia 3310 te hebben.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

c.j.dejonge@olv.nl



## Samen beslissen met een twist

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

De huisarts van meneer Pieterse stuurde hem in vanwege een ‘champignon-grote zwarte tumor in de nek’. Het bleek een vijf centimeter groot melanoom (T4a) waarna ik hem doorverwees naar een academisch centrum in de regio. Daar onderging hij direct een echografie en om te beoordelen of hij voor een bepaald behandelprotocol in aanmerking kwam, kreeg hij enkele weken later een CT-scan. Daaruit bleek dat er metastasen waren en om te beoordelen of hij voor een ander protocol in aanmerking kwam, maakte men eerst nog een PET scan. Dit ging zo een paar keer door met steeds een teleurstellende boodschap voor het echtpaar, beiden ruime vijftigers. Ik zag hen vervolgens op mijn spreekuur waarbij de vraag gesteld werd: -“Moet ik dit allemaal wel ondergaan als de vooruitzichten zo somber zijn”.

In het prettig verlopen gesprek dat daarop volgde bespraken we de verschillende opties en de consequenties daarvan. Hij besloot een palliatief traject in te gaan. Enkele weken later, toen ik aan het einde van een winterse dag het ziekenhuis verliet, zag ik hem het ziekenhuis binnengaan. Hij liep mij straal voorbij en reageerde niet op mijn groet. Verbaasd en ook een beetje teleurgesteld ging ik naar huis. De volgende dag begreep ik wat er was gebeurd. Het bleek zijn eenenigste tweelingbroer te zijn die zijn terminale broer opzocht die de avond ervoor was opgenomen.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl





## Grote oren, niet luisteren

Hans Alkemade, dermatoloog CWZ, Nijmegen

---

Echtparen zijn er in vele soorten.

Soms krijg je een echtpaar in de spreekkamer waarbij je direct merkt: die zijn goed met elkaar, want echt samen. Soms komen er ook echtparen binnen waarbij snel (over)duidelijk is dat dit niet het geval is ... Het echtpaar echter waar ik het nu over heb, beide tachtigers en meer dan zestig jaar samen, liep bijna hand in hand naar binnen, hield rekening met elkaar wie waar wilde zitten en had veel interactie. Zij keken af en toe ouderwets verliefd naar elkaar en voelden zich duidelijk op hun gemak. De man was patiënt en kwam voor een plekje in het gelaat. Bij inspectie van het gezicht bleek hij opvallend grote oren te hebben. Of ik er te lang naar keek of om een andere reden, maar die oren werden besproken. En ik legde hem uit dat de uiteinden of acra (handen, neus en ook oren) doorgroeien tijdens het leven.

-“Denk maar aan wijlen minister Joseph Luns”, vertelde ik hem. Plus dat dat wel handig was voor mannen, dan kon je beter horen.

-“Ja”, antwoordde de patiënt vriendelijk terwijl hij met een twinkeling in zijn zachtmoedige ogen zijn vrouw aankeek:

-“Vroeger hoorde ik het wel maar luisterde ik niet, en nu wil ik wel luisteren, maar hoor ik het niet meer ...”

Zijn vrouw schaterde het uit en pakte zijn handen. Zo ontroerend lief.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

[h.alkemade@cwz.nl](mailto:h.alkemade@cwz.nl)



## God regelt het wel

Marjon Wiegman, dermatoloog UMCG, Groningen

---

Een bejaard echtpaar komt mijn spreekkamer in. Zij in lange grijze rok, hij in grijs pak. Enkele weken geleden hebben ze bij een collega afgezien van behandeling van de lentigo maligna op de neus van mevrouw. Helaas bleek het bidden om genezing door God geen soelaas te hebben geboden. Blijkbaar wilde God dan toch dat ze imiquimodcrème zou gaan smeren. Zogezegd, zo gedaan. Ik schreef een recept uit en met een “met Gods hulp tot wederziens” verlieten ze mijn spreekkamer. Enkele maanden later zag ik ze terug. Opnieuw beiden in het grijs maar ditmaal zonder bruine vlek op haar neus. De imiquimodcrème was echter slechts kortdurend gesmeerd. Vanwege hevige reactie hadden ze besloten om, samen met de gehele geloofsgemeenschap, nogmaals aan God om genezing

te vragen. Enkele dagen later bleek imiquimodcrème niet meer leverbaar. Dit kon geen toeval zijn. Patiëntes dankbaarheid voor Zijn ingrijpen was dan ook groot.

-“Wel vervelend voor mijn andere patiënten die nu met een leveringsprobleem voor imiquimodcrème zitten”, flapte ik eruit.

De oplossing daarvoor had ik kunnen weten:

-“Wend u tot de Heere.”

---

### CORRESPONDENTIEADRES

[mj.wiegman@umcg.nl](mailto:mj.wiegman@umcg.nl)



# De heilzame werking van cafébezoek

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

---

Zo'n 50 jaar geleden had de afdeling dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen (in de volksmond 'Takkademies' [dixit wijlen prof. Marcel Jonkman], een groot aantal bedden voor klinische behandelingen. Toen ik in april 1976 tijdens mijn opleiding aan de zaalstage begon waren patiënten met arteriële been- en voetzweren en ook patiënten met diabetische voetulcera daar van harte welkom. Het was voor de assistenten wel afzien. Maanden achtereen moesten we vijf ochtenden per week naar die ulcera kijken in de hoop dat we er iets hoopgevends over konden zeggen. Overschakelen van zinkpasta naar zinkperoxydepasta en weer terug, tussendoor een paars kleurtje (gentiaanviolet) of bruin (jodium) en, neen, ook een vaselinegaasje hielp niet altijd. Op een gegeven moment kwam de kleur goud in zwang: een van de assistenten werd door de hoogleraar naar een verzaak aan het Zuiderdiep gestuurd om bladgoud te kopen, nadat hij gelezen had over de gunstige effecten hiervan op open benen. Eén patiënt is me bijgebleven: een rasechte stadjer met een diabetische voetzweer waar ik drie maanden tevergeefs naar

heb zitten turen in de hoop dat die dicht zou gaan. Uiteindelijk hebben we hem toch maar naar de chirurg gestuurd voor een behandeling die iets radicaler was dan onze lokale therapie. Ongeveer een half jaar later kwam ik hem op de Grote Markt tegen. Het viel me op dat hij niet liep alsof hij een prothese had. -"Moejes eben luisteren, De Groot", sprak hij desgevraagd. "Ik was op weg naar de chirurgie met de ambulance en toen zei ik tegen de broeder: "Laat me er hier maar uit. Ik ben eerst naar het café gegaan en heb de schade van die 3 maanden bij jou ingehaald. Daarna ben ik naar huis gestrompeld, heb er niet meer naar omgekeken en na 6 weken was dat gat weer helemaal dicht!"

*Aangepast van: AC de Groot. Herinneringen van een oud-assistent. Jubileumboek Vallen en Opstaan, Erasmus Publishing, 2013.*

---

## CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl



## Langdurige effectiviteit en veiligheid van bimekizumab bij matig tot ernstige plaquepsoriasis

Angelique Voorberg | Dermatoloog in opleiding Universitair Medisch Centrum Groningen | a.n.voorberg@umcg.nl

Psoriasis vulgaris is een chronische ontstekingsziekte waar- bij interleukine (IL)-17A en IL-17F een belangrijke rol spelen. Bimekizumab is een monokonaal antilichaam dat beide cytokines remt en biedt hiermee een breder werkingsmechanisme dan IL-17A-remmers zoals secukinumab. De BE RADIANT-studie is de eerste fase IIIb-trial die de langetermijneffecten evalueert van langdurig bimekizumab-gebruik, inclusief de uitkomsten van patiënten die na 1 jaar overstapten van secukinumab naar bimekizumab.

In deze multicenter gerandomiseerde fase studie kregen patiënten met matig tot ernstige tot plaquepsoriasis gedurende 48 weken secukinumab of bimekizumab. Na deze periode ontvingen alle deelnemers bimekizumab (open-label fase) tot week 144, in onderhoudsdoseringen van bimekizumab iedere 4 of 8 weken. Uitkomstmaten voor effectiviteit waren het behalen van 90% remissie op basis van de Psoriasis Area and Severity Index (PASI 90) en volledige huidklaring (PASI 100).

Na 1 jaar had 74,9% van de bimekizumabgroep PASI 100 bereikt versus 52,8% van de secukinumabgroep. Na 3 jaar werd bij zowel in de groep van patiënten die vanaf het begin bimekizumab kregen als in de groep patiënten die overstapten van secukinumab naar

bimekizumab een PASI 100-respons van 68,8% gezien.

De overstap van secukinumab naar bimekizumab leidde tot een duidelijke verbetering, zonder nieuwe veiligheidsrisico's. De meest voorkomende bijwerkingen waren nasofaryngitis, orale candidiasis en bovensteluchtweginfecties, grotendeels mild en afnemend in incidentie naarmate de behandelingsduur vorderde. Ernstige bijwerkingen en staken van de medicatie kwamen zelden voor.

### CONCLUSIE

Deze resultaten bevestigen dat langdurige behandeling met bimekizumab leidt tot langdurig volledige huidklaring (PASI 100) bij een meerderheid van patiënten, met een gunstig veiligheidsprofiel. Dit biedt een goed alternatief voor patiënten bij wie IL-17A-remming onvoldoende effectief is, en ondersteunt het streven naar volledige remissie als haalbaar behandeldoel.

Warren RB, Lebwohl M, Thaçi D, Gooderham M, et al. Bimekizumab efficacy and safety through 3 years in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis: long-term results from the BE RADIANT phase IIIb trial open-label extension period. *Br J Dermatol.* 2025;193(1):44-55.



## Vroeg postoperatief watercontact na dermatochirurgische ingrepen leidt niet tot frequentere complicaties

Aniek Lamberts | Dermatoloog i.o. Universitair Medisch Centrum Groningen | Aniek Lamberts: m.a.lamberts@umcg.nl

Dermatochirurgie is een groot onderdeel van de hedendaagse dermatologische praktijk. Patiënten worden postoperatief veelal geadviseerd om wonden 48 uur droog en bedekt te houden, wat kan leiden tot belemmeringen in dagelijkse activiteiten van patiënten. Het doel van de onderzoekers was om het optreden van complicaties na vroege postoperatieve waterblootstelling (na 6 uur) te vergelijken met standaard postoperatieve waterblootstelling (na 48 uur). Hierbij was het optreden van een wondinfectie de belangrijkste uitkomstmaat.

De studie werd uitgevoerd in één academisch centrum. Er werden 437 patiënten gerandomiseerd in ofwel de vroege waterblootstelling interventiegroep (n=218), ofwel de standaard waterblootstelling controle groep (n=219). Geïnccludeerde patiënten ondergingen conventionele chirurgie of mohs chirurgie. Patiënten met ingrepen met vertraagde reconstructie, genezing per secundam, of op hoog infectierisico locaties werden geëxcludeerd, evenals patiënten met preoperatief antibiotica profylaxe.

De incidentie wondinfecties was vergelijkbaar in de interventie- en controlegroep (1,8% versus 1,4%; p=0.99). Tevens werd geen significant verschil in incidentie van nabloedingen of hematoomvorming geobserveerd. Beoordeling van littekens toonde

vergelijkbare cosmetische resultaten na 6 maanden. De patiënt gerapporteerde kwaliteit van leven was interessant genoeg niet significant verschillend tussen de groepen. Wel rapporteerde de interventiegroep een significant lagere impact op badgewoontes ten opzichte van de controlegroep, maar geen significante impact op lichaamsbeweging of vrijetijdsbesteding. De grootste limitaties van de studie waren de single center opzet en het niet behalen van de berekende sample size door wervingsproblemen.

### CONCLUSIE

Dermatochirurgische wonden kunnen in de postoperatieve periode al na 6 uur nat gemaakt worden, zonder een verhoogd risico op complicaties. Er werd echter geen significant verschil aangetoond in de patiënt gerapporteerde kwaliteit van leven bij postoperatieve waterexpositie na 6 of 48 uur.

Samaan C, Kim Y, Zhou S, Kirby JS, Cartee TV. Early postoperative water exposure does not increase complications in cutaneous surgeries: A randomized, investigator-blinded, controlled trial. *J Am Acad Dermatol.* 2024 Nov;91(5):896-903.



## Importdermatosen: casus 3

# Frieshmaniasis

Ruud Horlings

Een gezonde Friese man van 38 jaar heeft sinds circa 1 jaar een asymptomatische, rode, vrij aspecifieke papel op zijn handrug (afb. 1). Hinderlijk hieraan is dat deze regelmatig opengaat bij slechts minimaal mechanisch contact. Om deze reden laat de patiënt de plek verwijderen door de huidarts. Bij histologisch onderzoek ziet de patholoog een granulomateuze ontsteking, maar vindt hij daarnaast kleine ronde structuren in de macrofagen, wat hem doet vermoeden dat het hier leishmaniasis betreft.

### VRAAG 1

*Om het vermoeden van leishmaniasis kracht bij te zetten voerde de patholoog een kleuring uit, die positief bleek. Welke kleuring was dit?*

De patiënt wordt verwezen naar de afdeling infectieziekten van het UMCG, waar patiënt wordt getest op viscerale betrokkenheid. Hier zijn geen aanwijzingen voor en omdat het alleen om de relatief kleine papel lijkt te gaan, wordt patiënt verwezen naar dermatologie voor een cryotherapiebehandeling. Bij

de reisanamnese blijkt de patiënt vrij honkvast, want beperkt tot 3 weken Cuba, 5 jaar geleden en 2 weken Toscane, circa 2 jaar geleden. Hoewel men twee weken vakantie in Toscane wellicht niet direct met een tropische infectieuze ziekte associeert, lijkt dit toch de meest aannemelijke plek van verwerving. Omdat er tekenen zijn van teruggroei van de plek op de handrug wordt er PCR-analyse op een vers biopt hiervan uitgevoerd.

### VRAAG 2

*Als de patiënt inderdaad de leishmaniasis opgelopen heeft in Toscane, wat is dan epidemiologisch het meest waarschijnlijke type?*

### VRAAG 3

*Welk micro-organisme veroorzaakt leishmaniasis en wat is de verantwoordelijke vector voor de overdracht van dit micro-organisme?*

Zie voor de antwoorden en toelichting pagina 41.



Afb. 1. Aspecifieke rode papel op de handrug.



# Spiegeltje, spiegeltje aan de wand ....

Toine Lagro-Janssen

**Op de vraag van haar 3-jarige inwonende kleinzoon "wanneer ben je dood?", antwoordde mijn terminaal zieke vriendin: "als ik niet meer praat en koud aanvoel." De resterende weken begroette haar kleinzoon haar ochtends opgewekt met de woorden "oma, ben je al dood?" en ging, als ze nee zei, verder zoals altijd met zijn spel. Toen er op een ochtend niet op zijn begroeting geantwoord werd, raakte hij haar gezicht voorzichtig aan, constateerde hardop "koud" en wist genoeg.**

De huid is het orgaan dat door aanraking warmte uitstraalt en warmte van de ander ontvangt. Tijdens de COVID-19 epidemie noemden we het gemis aan en verlangen naar contact 'huidhonger', een prachtig woord. De huid vormt ook de afscheiding tussen buiten- en binnenkant van het lichaam, het uiterlijk versus het innerlijk. Het is het uiterlijk dat zich aan de buitenwereld presenteert en door die buitenwereld als mooi of niet mooi wordt beoordeeld. Die beoordeling is afhankelijk van het vigerend schoonheidsideaal. Dat schoonheidsideaal is ingebed in de ons omringende cultuur en is niet overal ter wereld hetzelfde. Denk bijvoorbeeld aan slank-zijn als ideaal in de westerse wereld en dik-zijn elders, of aan het verschil in schoonheidscriteria over de neus.

## ASSOCIATIES BIJ SCHOONHEID

Schoonheid is in de communicatie en intermenselijke relaties niet onbelangrijk. Zowel mannen als vrouwen die als mooi worden ingeschat, krijgen in vergelijking met de 'minder mooie' seksegenoten een hoger salaris en betere carrièrekansen. [1] Mooie mensen roepen in het persoonlijke contact, zoals bijvoorbeeld bij een sollicitatiegesprek of een date, als primaire reactie positieve associaties op. Als iemands uiterlijk mooi gevonden wordt, hebben we ook eerder het idee dat die persoon succesvol is, de waarheid spreekt en een goed mens is. [1] Die positieve associaties spelen een grotere rol bij de beoordeling van het uiterlijk van vrouwen dan van mannen. Het uiterlijk van vrouwen beïnvloedt de inschatting of een vrouw succesvol en goed van aard is. Ook en juist bij het (ingeschatte) ontbreken van schoonheid. Zichtbare huidaandoeningen passen in geen enkel schoonheidsideaal. Door de groei van dienstverlenende beroepen die merendeels vrouwelijke werknemers omvatten, wordt een mooi uiterlijk steeds belangrijker. Die beroepen vereisen immers een representatief uiterlijk.

Het voldoen aan een mooi uiterlijk, aan het schoonheidsideaal, is dus voor vrouwen van grotere impact dan voor mannen. Off- en online wordt de huidige wereld overspoeld met representaties van aantrekkelijke vrouwen. Tegelijkertijd echter zorgt de toename van online contacten, beeldbellen en selfies voor veel meer confrontaties met hoe we er zelf



*Toine Lagro-Janssen was een van de eerste vrouwelijke huisartsen in Nijmegen, mede initiatiefnemer van het Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal en richtte het Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden op. Ze is actief betrokken bij onderzoek en nascholingen over sekse- en gendersensitieve geneeskunde en seksueel misbruik. Ze was de eerste Nederlandse hoogleeraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen. Haar meest recente boek is het onlangs verschenen *Lessen uit het leven van vrouwelijke huisartsen* (2025)*

uitzien. Gewenst of ongewenst verschijnt ons gezicht in beeld tijdens vergaderingen via Teams. We kijken naar onszelf als in een spiegel en vellen ons oordeel. Een interessante bevinding is dat de manier waarop mensen hun eigen uiterlijk beoordelen, verschilt tussen mannen en vrouwen. Vrouwen ervaren veel meer ontevredenheid over hun uiterlijk dan mannen. [2] Meer dan de helft van de Nederlandse vrouwen is ontevreden over tenminste één lichaamsdeel. Vrouwen besteden meer tijd en geld aan het uiterlijk dan mannen, aan cosmetica, schoonheidsspecialisten en wellness activiteiten. Ook het aantal cosmetische ingrepen bij vrouwen ter verfraaiing van het lichaam groeit als nooit tevoren. Parallel hieraan stijgt het aantal particuliere klinieken. In 2023 zijn in Nederland naar schatting meer dan 700.000 cosmetische ingrepen met injectables (onder andere fillers en botox) uitgevoerd, ook bij jonge vrouwen. [3] In dat jaar voerden particuliere klinieken ruim 3,3 miljoen behandelingen uit van ooglidcorrectie tot borstvergroting en buikwandcorrectie. Overigens stijgt ook het aantal mannen dat zich meldt voor liposuctie, ooglidcorrectie of het opheffen van een gynaecomastie.

Emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen Radboudumc, CSG Gelderland-Zuid en -Midden



De sekseverschillen in beleving van het uiterlijk prononceren zich tijdens de puberteit. In die periode benadrukt de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken en de seksspecifieke lichamelijke veranderingen de verschillen in genderrollen van vrouwelijkheid en mannelijkheid. De rol van leeftijdsgenoten wordt zeer belangrijk. De *peers*, medescholieren of gelijk-denkende groepsgenoten, vergelijken en beoordelen elkaar. De jaarlijkse gezondheidsmonitor van de GGD constateert in 2023 dat meisjes tussen de 13 en 18 jaar zich tweemaal zo vaak dan jongens gestrest voelen. [4] Zes op de tien meisjes en drie op de tien jongens voelt zich zelfs vaak tot zeer vaak gestrest. Een kwart van de meisjes geeft daarbij aan dat de stress wordt veroorzaakt door wat anderen van haar vinden. Bij die beoordeling betrekken meisjes wat ze denken dat jongens over hen denken, maar vooral hoe andere meisjes over hen denken. [2] Jongens geven veel vaker dan meisjes aan geen idee te hebben over de mening van andere jongens over hen. Vrouwen zien zichzelf en beoordelen zichzelf daarom zowel door de ogen van vrouwen als door die van mannen. De perceptie van meisjes over zichzelf, over hun uiterlijk is verre van positief. Eén op de drie meisjes bijvoorbeeld vindt zichzelf (veel) te zwaar. [4]

## DE VERINNERLIJKTE ANDER

De gevoeligheid voor behoeften, wensen en meningen van anderen is volgens onderzoek van klinisch psycholoog en hoogleraar Marrie Bekker groter bij vrouwen dan bij mannen. [5] Voor hun identiteit is verbondenheid met de ander belangrijk. De kwaliteit van de persoonlijke relaties is cruciaal voor hun identiteit en eigenwaarde. Voor mannen is het behalen van doelen belangrijk voor hun gevoel van identiteit en eigenwaarde. Mannen zijn minder afhankelijk van omgevingsfactoren en twijfelen minder aan zichzelf dan vrouwen. [5] Psychoanalyticus en psychotherapeut Nelleke Nicolai schrijft dat vrouwen door hun invoelend vermogen 'teveel aan verinnerlijkte ander' ontwikkelen, teveel meegaan met de wensen en behoeften van de ander. [6] Voor vrouwen kan het daarom moeilijk zijn om hun eigen behoeften te voelen en te uiten. Ze zijn meer dan mannen gevoelig voor het oordeel van de ander, ook gevoeliger voor het oordeel over het uiterlijk.

Het oordeel van die ander weerspiegelt het heersende schoonheidsideaal en beïnvloedt hoe mooi en aantrekkelijk meisjes en vrouwen zichzelf vinden. Schoonheidsidealen zijn zoals gezegd ingebed in de vigerende cultuur en weerspiegelen maatschappelijk dominante ideeën over schoonheid. In die bestaande dominantie spelen vrouwen, de lagere sociale klassen en etnische minderheden geen rol van betekenis. [1] In de ogen van Susan Sontag wordt het schoonheidsideaal door vrouwen toegepast als een vorm van zelfonderdrukking. Ze schrijft 'Schoonheid is absoluut een vorm van macht. Het is niet de macht om te handelen, maar de macht om te bekoren. Het is een macht die niet zelf gekozen kan worden – althans niet door vrouwen- of kan worden opgegeven zonder sociale veroordeling.' [7] Voor vrouwen is het overheersende beeld van uiterlijke schoonheid hardnekkig, dwingend en voor de mees-

ten onhaalbaar. Zoals het afleggen van het vrouwenkorset ooit veel inspanningen en tijd heeft gekost, zo biedt het ontsnappen aan de vanzelfsprekendheid om te voldoen aan een schoonheidsideaal geen makkelijke vlucht. Bovendien heeft de maatschappelijke roep van maakbaarheid een luide stem, begeleid door de verleidelijke stem van de cosmetische industrie om ons lichaam te verfraaien of als 'normaal' te laten uitzien.

## PLURIFORME SCHOONHEIDSIDEALEN

In de toekomst zullen echter individualisering, globalisering en diversiteit in toenemende mate subgroepen creëren met eigen subculturen, zoals jeugdcultuur rondom metal, of georganiseerd rondom gemeenschappelijke afkomst of zelf georganiseerd rondom lijfstyle als gothic. Het schoonheidsideaal zal minder sterk bepaald worden door één dominante cultuur, maar er zullen eigen diverse schoonheidsidealen ontstaan over het uiterlijk. Wat hetzelfde blijft, is dat de huid het uitwendige kleed vormt dat zich aan de wereld toont als het contactorgaan dat door de ander is aan te raken. Ik ben ervan overtuigd dat ook in de diverse subculturen gender een cruciale rol speelt in de waarde die wordt gehecht aan het uiterlijk van vrouwen. Tegelijkertijd is het mogelijk om iets te doen aan de ontevredenheid van meisjes en vrouwen over hun uiterlijk. We kunnen het teveel aan 'verinnerlijkte ander' bij vrouwen verminderen door in de opvoeding veel meer te benadrukken dat het belangrijk is om niet steeds jezelf met de ogen van de ander de maat te nemen, maar aandacht te besteden aan eigen behoeften en gevoelens en die te leren uiten. Goed zorgen voor jezelf, de eigen regie over het leven nemen, betekent immers niet dat je de verbondenheid met de ander hoeft te verlaten. Ook niet als de huid koud aanvoelt.

## LITERATUUR

1. Holla S, Kuipers G. Aesthetic capital. In: Hanquinet L, Savange M (red). *Routledge international handbook of the sociology of art and culture*, 2015.
2. Woertman L. Beelden van een lichaam - De mentale representatie van lichaamsbeelden. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1994.
3. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Particuliere klinieken in beeld 2022 - Toezichtsvragen en verbeterdoelen. Rapport 2023.
4. Molleman G, Fransen G, van Merwijk K. Een gezonde leefstyle. In: Lagro-Janssen T, Visser L, Bos A (red). *Sekse- en gendersensitieve geneeskunde*. Amsterdam: Prelum, 2023.
5. Bekker M, van Assen M. Autonomy-connectedness mediates sex differences in symptoms of psychopathology. *PLOS One*, 12 e0181626.
6. Nicolai N. In levende lijve - het lichaam in de psychotherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020.
7. Sontag S. Over vrouwen. Met een inleiding van Bregje Hofstede. Amsterdam: Uitgeverij Pluim, 2023:121.

## CORRESPONDENTIEADRES

Toine Lagro-Janssen

E-mail: toine.lagro@radboudumc.nl





# JAK-remmers bij patiënten met alopecia areata (2025-2026)

Sophie van Helmond<sup>1</sup>, Petra Dikrama<sup>1</sup>, Mathias Willaert<sup>1</sup>, Elodie Mendels<sup>1</sup>, Rick Waalboer-Spuij<sup>1</sup>, Dirk Jan Hijnen<sup>2</sup>

Door de introductie van Januskinase (JAK)-remmers in de behandeling van alopecia areata (AA) zijn zowel de behandelingsmogelijkheden als de kans op succesvolle behandeling voor patiënten met ernstige AA aanzienlijk verbeterd. De komst van een nieuwe klasse geneesmiddelen roept echter ook vragen op. In dit artikel worden de meest voorkomende vragen behandeld. Het is belangrijk te benadrukken dat voor sommige van deze onderwerpen nog geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs bestaat, waardoor de antwoorden voornamelijk gebaseerd zijn op 'expert opinion'. Bovendien kunnen standpunten over deze kwesties in de toekomst veranderen. De meest recente ontwikkelingen vindt u op de website van ons AA-register: [www.sta2r.nl](http://www.sta2r.nl)

## WELKE JAK-REMMERS ZIJN VERGOED VOOR AA?

Op dit moment (juni 2025) zijn er twee JAK-remmers geregistreerd die vergoed worden voor de behandeling van AA. Baricitinib kan worden voorgeschreven vanaf de leeftijd van 18 jaar en ritlecitinib vanaf 12 jaar. De leeftijdsindicaties kunnen in de toekomst worden uitgebreid. Zo is baricitinib ook al geregistreerd voor de behandeling van constitutioneel eczeem vanaf de leeftijd van 2 jaar. Bij kinderen met zowel eczeem als AA kan dit voorlopig een oplossing bieden.

## WIE KOMEN ER IN AANMERKING VOOR EEN JAK-REMMER?

De zorgverzekeraar stelt eisen aan de behandeling met een JAK-remmer. JAK-remmers worden vergoed bij 'ernstige AA' en nadat er eerst een andere, klassieke systemische behandeling onvoldoende effect had. De eisen van de zorgverzekeraar voor behandeling met een JAK-remmer zijn:

- Minimaal SALT50 (≥50% van het hoofdhaar verloren).
- De huidige ziekte-episode van het haarverlies is korter dan 8 jaar.
- De hergroei van het haar is onvoldoende ondanks behandeling met een systemisch medicijn: ciclosporine, prednison of methotrexaat, in adequate dosering en voor een passende behandelduur, tenzij er aangetoonde contra-indicaties zijn voor of bijwerkingen zijn van dit medicijn.

## DE PATIËNT KOMT IN AANMERKING, WELKE JAK-REMMER KIES IK?

Beide middelen hebben een vergelijkbare effectiviteit. In de BRAVE-AA1 en BRAVE-AA2 studies behaalde 38,8% van de (volwassen) patiënten die werden behandeld met baricitinib 4 mg een SALT-score <20 na 36 weken. [1]. Voor ritlecitinib,

werd in de ALLEGRO-studie bij 23–31% van de patiënten een SALT-score <20 bereikt na 24 weken, waarbij het responspercentage verder toenam gedurende de 48 weken lange observatieperiode tot ongeveer 40%. [2]. (2) Baricitinib is een bredere JAK-remmer die de werking van zowel JAK1 als JAK2 remt en is voor meerdere indicaties goedgekeurd (reumatoïde artritis, constitutioneel eczeem, juveniele idiopathische artritis). Ritlecitinib, is een selectieve JAK3-remmer. Deze selectiviteit kan theoretisch een gunstiger bijwerkingenprofiel geven. Bij de keuze tussen beide middelen kunnen individuele patiëntkenmerken, zoals de aanwezigheid van comorbiditeiten, worden meegewogen. Aangezien baricitinib bewezen effectief is voor de behandeling van constitutioneel eczeem, is dit een logische keuze bij mensen met beide aandoeningen.

## HOELANG DUURT HET VOORDAT ER REACTIE OPTREEDT?

Bij behandeling van AA met JAK-remmers, zoals baricitinib of ritlecitinib, treedt doorgaans binnen 3–6 maanden een eerste respons op. Bij een subgroep van patiënten – de zogeheten *late responders* – kan klinische verbetering echter pas na 9–12 maanden zichtbaar worden. Het herkennen van dit vertraagde responsprofiel is van belang om voortijdige therapieonderbreking te voorkomen. De aanwezigheid van vellusharen wordt beschouwd als een teken van klinische vooruitgang en kan duiden op een beginnende respons op behandeling. Er wordt aangeraden om gedurende de eerste 6 maanden geen definitieve beslissing over het staken van JAK-remmers te nemen, tenzij er sprake is van verslechtering of onacceptabele bijwerkingen. Bij afwezigheid van bijwerkingen en enige klinische stabilisatie na 6 maanden kan het gerechtvaardigd zijn de behandeling tot 9-12 maanden voort te zetten.

<sup>1</sup> Afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

<sup>2</sup> Afdeling Dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

## WAT ZIJN DE ADVIEZEN ALS ER NOG GEEN SYSTEMISCHE THERAPIE IS GESTART IN HET VERLEDEN?

Wij adviseren allereerst behandeling op te starten met ciclosporine (3-5mg/kg/dag zowel voor kinderen als volwassenen) of methotrexaat (voor volwassenen 15mg/week, voor kinderen 10-15 mg/m<sup>2</sup>) voor tenminste 6 maanden. Sinds de toenemende ervaring van late responders bij JAK remmers zijn we terughoudender met het vroegtijdig staken van ciclosporine of methotrexaat bij onvoldoende effect na 6 maanden. Als er duidelijke toename van terminale haren is maar er nog onvoldoende hergroei heeft opgetreden, overweeg dan de behandeling te verlengen minstens 9 maanden. Overweeg laagdrempelig topicale therapie (in de vorm van corticosteroïden +/- calcipotriol en minoxidil 5%) toe te voegen. Voor algemene behandeladviezen verwijzen wij u naar de recent gepubliceerde richtlijn AA (Richtlijndatabase – Alopecia Areata, 2024).

## HOE GA JE OM MET EXACERBATIES TIJDENS DE BEHANDELING MET JAK-REMMERS?

Exacerbaties kunnen deel uitmaken van het natuurlijke, fluctuerende verloop van AA, ook tijdens behandeling. Er zijn verschillende mogelijke oorzaken waardoor het immuunsysteem tijdelijk niet voldoende onderdrukt kan worden wat zich uit in een aanval op de haarfollikels. In de praktijk blijkt dat dit bijvoorbeeld kan optreden tijdens periodes van verhoogde stress, na een ernstige infectie of wanneer de medicatie tijdelijk wordt onderbroken. Het is belangrijk om dit te bespreken met de patiënt en te benadrukken dat het niet direct betekent dat de behandeling faalt. Bij het optreden van een exacerbatie is het doorgaans niet direct nodig om de behandeling met JAK-remmers te staken. Bij hevige exacerbaties kan een tijdelijke toevoeging van lokale of systemische corticosteroïden worden overwogen (zoals calcipotriol/betamethason gel, desoximetason lotion, prednison (orale stootkuur of i.m.) of intralesionale triamcinolon injecties), eventueel in combinatie met topicaal minoxidil 5%.

## HEEFT SWITCHEN TUSSEN JAK-REMMERS NUT?

Wanneer een patiënt onvoldoende reageert op de ene JAK-remmer, bestaat de mogelijkheid dat er wél klinisch effect optreedt bij een andere JAK-remmer. Dit wordt in constitutioneel eczeem met name beschreven bij een switch tussen middelen met een verschillend selectiviteitsprofiel, bijvoorbeeld van niet-selectieve naar (meer) selectieve JAK-remmers, of omgekeerd. Ook bij de behandeling van AA zien we dat sommige JAK-remmers effectief zijn, terwijl een ander geen resultaat geeft. Dit fenomeen wordt vaker in de literatuur beschreven, hoewel de exacte invloed van selectiviteit nog onduidelijk blijft. [3,4] (3,4) Een soortgelijk mechanisme als bij constitutioneel eczeem zou hier mogelijk een rol kunnen spelen. Daarnaast kan het voorkomen dat een patiënt bijwerkingen ervaart bij de ene JAK-remmer, terwijl hij een andere JAK-remmer beter verdraagt. Dit verschil in bijwerkingenprofiel hangt mogelijk samen met de mate van selectiviteit voor specifieke JAK-isoenzymen, verschillen in dosering, of de farmacokinetische eigenschappen van het middel. Het overwegen van een switch kan daarom niet alleen op basis van effectiviteit, maar ook op basis van tolerantie zinvol zijn.

## HOE WISSEL JE TUSSEN DE VERSCHILLENDE JAK-REMMERS?

Bij het wisselen van de ene naar de andere JAK-remmer is een washout-periode niet nodig, gezien de korte halfwaardetijd van deze middelen. Aangezien het bijwerkingenprofiel kan verschillen, adviseren we wel om de gebruikelijke controles uit te voeren zoals bij de start van het middel. Opnieuw screenen voor tuberculose, HBV/HCV/HIV is alleen nodig als daar anamnestic een reden voor is.

## IS AFBOWEN MOGELIJK BIJ GOED EFFECT?

Hoewel JAK-remmers doorgaans langdurig worden ingezet bij matig tot ernstig actieve AA, rijst bij klinisch stabiele patiënten vaak de vraag of afbouw dan wel staken van de behandeling mogelijk is. Afbouw is te overwegen bij patiënten die ≥6–12 maanden volledig of grotendeels haarherstel hebben behouden. [5] (5) In de praktijk kiest men veelal voor geleidelijke dosisreductie om een eventuele terugval vroegtijdig op te merken. Bij afbouw is nauwgezette opvolging van belang. Bij tekenen van hernieuwd haarverlies kan de eerdere dosering snel worden hervat om progressie van haarverlies te beperken. Afbouwen heeft de voorkeur boven direct volledig stoppen, aangezien uit een recente studie blijkt dat een tweede behandelingsperiode mogelijk minder effectief is dan de eerste. [6] (6) Patiënten die goed reageerden op ritlecitinib werden in deze studie overgezet op een placebo. Bij patiënten bij wie opnieuw haarverlies optrad en ritlecitinib herstart werd, was de volgende behandelingsperiode slechts bij 57% van de patiënten effectief. [6] (6) De ervaring leert dat patiënten bij goed resultaat terughoudend zijn met afbouwen uit angst voor haaruitval. Bespreek daarom al bij het starten van de medicatie dat de dosis bij goed resultaat zal worden afgebouwd, dit voorkomt angst voor afbouwen in de toekomst. Kijk voor een voorbeeld afbouwschema op [www.sta2r.nl](http://www.sta2r.nl).

## WAT IS HET ADVIES M.B.T. HERPES ZOSTER VACCINATIE EN HET STARTEN VAN JAK-REMMERS?

Omdat de incidentie van herpes zoster-reactivatie verhoogd is bij patiënten die een JAK-remmer gebruiken, wordt er geadviseerd om voorafgaand aan de behandeling te vaccineren met een herpes zoster-vaccin (Shingrix bij volwassenen). Bij voorkeur wordt twee weken voor start van de JAK-remmer de eerste Shingrix vaccinatie gegeven. De tweede (booster) kan gegeven worden tijdens het gebruik van een JAK-remmer met een interval van 2-4 weken na de eerste vaccinatie. In Nederland wordt het herpes zoster-vaccin sinds 1 januari 2025 vergoed voor patiënten die starten met een JAK-remmer of biological. Dit is enkel het geval voor volwassen patiënten, voor kinderen wordt dit nog niet vergoed (anno juni 2025). Bij volwassen patiënten die reeds gestart zijn met een JAK-remmer kan als nog gevaccineerd worden. Het is daarbij niet noodzakelijk om de behandeling te onderbreken. Meer informatie zie: NVDV-standpunt Shingrix.

## WAT IS HET ADVIES VOOR REISVACCINATIES?

Er wordt geadviseerd toekomstige reisplannen waarvoor vaccinaties nodig zijn in kaart te brengen en te zorgen voor een goede vaccinatiestatus. Reisvaccinaties worden om veilig-

heids- en effectiviteitsredenen bij voorkeur toegediend vóór aanvang van de behandeling. Niet-levende vaccins (geïnactiveerde vaccins), zoals hepatitis A en B, kunnen doorgaans veilig worden gegeven tijdens behandeling met een JAK-remmer, het is niet nodig om de behandeling te staken als er al gestart is. Idealiter worden niet levende vaccins minimaal twee weken vóór de start van een JAK-remmer gegeven omdat de respons op vaccinaties verminderd kan zijn tijdens behandeling met een immunosuppressivum. Het vaccin tegen gele koorts is een levend verzwakt vaccin en kan niet worden toegediend gedurende gebruik immunosuppressiva of binnen 4 weken nadat er gestart wordt. Als vaccinatie met een levend (verzwakt) vaccin tijdens behandeling onvermijdelijk is, wordt geadviseerd de JAK-remmer minimaal één week voor toediening van het levend (verzwakt) vaccin te onderbreken. Na vaccinatie met een levend (verzwakt) vaccin moet minstens 4 weken gewacht worden met (her)start van de JAK-remmer. [7,8]

### **WAT ZIJN DE VACCINATIE ADVIEZEN BIJ KINDEREN DIE STARTEN MET EEN JAK-REMMER?**

Vaccineer, net als bij volwassenen, niet met een levend (verzwakt) vaccin tijdens en vlak voor start van de behandeling met een JAK-remmer en wacht na vaccinatie met een levend (verzwakt) vaccin 4 weken tot de start met een JAK-remmer. Het advies is om alle vaccinaties volgens het rijksvaccinatieprogramma af te ronden voor start van de behandeling. Hierbij zijn met name de levende (verzwakte) vaccins van belang (BMR-vaccinatie op leeftijd 14 maanden en 3 jaar bij kinderen geboren vanaf 2022). Kinderen geboren tussen 1 januari 2016 tot en met 2021 krijgen de tweede BMR vaccinatie op de leeftijd van 5 t/m 9 jaar. Wanneer JAK-remmers voor AA worden geregistreerd voor kinderen jonger dan 12 jaar, is het belangrijk hierop alert te blijven. Te overwegen valt dan de tweede BMR-vaccinatie naar voren te halen met een minimale interval van 4 weken.

Er is nog geen consensus over aanvullende vaccinatieadviezen, zoals de grieprik, COVID-vaccinatie en Pneumovax. Deze zal binnenkort worden gevormd binnen de hernieuwde richtlijn voor constitutioneel eczeem (kindermodule - biologicals en JAK-remmers bij kinderen en adolescenten), in samenwerking met de nationale sectie kinderimmunologie van de Nederlandse Vereniging voor Kinderartsen.

Inventariseer of waterpokken zijn doorgemaakt na het eerste levensjaar. Bepaal bij twijfel, een atypisch beloop of bij het doormaken van varicella voor het eerste levensjaar antistoffen (Varicella Zoster Virus IgG). Voor kinderen zonder doorgemaakte varicella-infectie bij wie nog tijd is vóór start van JAK-remmers, geniet *Provarivax* de voorkeur. In situaties waarin geen levend vaccin kan worden gegeven wegens reeds gestarte of urgente start van immunosuppressiva, kan off-label gebruik van Shingrix worden overwogen als alternatief. Er is momenteel geen eenduidige richtlijn of consensus over het gebruik van *Shingrix* bij kinderen, gezien het ontbreken van effectiviteitsdata in deze populatie. Op dit moment (juni 2025) wordt deze vaccinatie enkel nog standaard vergoed voor volwassenen.

### **HOE BEHANDEL JE EEN HERPES ZOSTER INFECTIE GEDURENDE GEBRUIK VAN EEN JAK-REMMER?**

De incidentie van herpes zoster virus reactivatie bij patiënten die JAK-remmer gebruiken, is verhoogd. Het is daarom belangrijk patiënten te instrueren over symptomen die passen bij een reactivatie, zodat de patiënt vroegtijdig contact op kan nemen met de behandelaar als dit optreedt. De richtlijnwerkgroep CE adviseert tijdelijke onderbreking van de behandeling, tot er duidelijk herstel optreedt en er geen uitbreiding van huidlaesies meer is. [8] (8) Bij een herpes zoster-infectie adviseren wij antivirale therapie te starten conform het beleid voor immuun gecompromitteerde patiënten.

### **HOE BEHANDEL JE EEN HERPES SIMPLEX INFECTIE GEDURENDE GEBRUIK VAN EEN JAK-REMMER?**

De incidentie van herpes simplex virus reactivatie bij patiënten die JAK-remmer gebruiken is verhoogd. Omdat een herpes simplex infectie ernstiger kan verlopen tijdens het gebruik van een JAK-remmer, is het afhankelijk van de ernst te overwegen om tijdelijk te stoppen met de JAK-remmer. De richtlijnwerkgroep CE adviseert zo nodig gedurende een aantal dagen te stoppen, tot er duidelijk herstel optreedt en er geen uitbreiding van huidlaesies meer is (vaak is dat 1 week). Bij patiënten met frequent recidiverende herpes simplex infecties valt een onderhoudsbehandeling met valaciclovir te overwegen. [8] (8) Bij een herpes simplex-infectie adviseren wij antivirale therapie te starten gezien de immuun gecompromitteerde status.

### **BELANGRIJKE OPENSTAANDE VRAGEN**

- **Wat is 'voldoende hergroei', wat als er alleen hergroei van de wimpers en/of wenkbrauwen is?**  
Na 6 maanden evalueert de behandelaar of de behandeling wordt voortgezet. Patiënten kunnen al heel gelukkig zijn met hergroei van bijvoorbeeld alleen wimpers en wenkbrauwen. Is dat voldoende om het voortzetten van de behandeling met een JAK remmer te rechtvaardigen? In studies wordt er veelal een afkapwaarde  $SALT \leq 20$  (maximaal 20% verlies van haren resterend) aangehouden voor succesvolle behandeling. Daarnaast is het belangrijk om te evalueren of de hergroei klinisch relevant is. Hoeft er bijvoorbeeld geen haarwerk meer te worden gedragen, waren er eerder fysieke symptomen van haarverlies die nu verdwenen zijn?
- **Dient een patiënt levenslang een JAK-remmer te gebruiken om het effect te behouden?**  
Patiënten komen veelal met de vraag of zij op termijn ook weer kunnen stoppen met de behandeling. De vraag leeft of een levenslange behandeling wel wenselijk is en of er op termijn geen bijwerkingen ontstaan.
- **Kunnen we afbouwen met JAK remmers na een succesvolle behandeling?**  
Mogelijk kan een patiënt uitkomen op een lagere dosering die wel effectief is om onderdrukking te bieden van de afweerreactie maar door de lagere dosering minder bijwerkingen geeft. We hebben een opzet gemaakt voor een afbouwprotocol, deze vindt u op onze website: [www.sta2r.nl](http://www.sta2r.nl).

## Samenvatting klinische vraagstukken

| Vraag                                                                                 | Advies                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welke JAK-remmers zijn vergoed voor AA?                                               | Baricitinib (vanaf 18 jaar – heden juni 2025)<br>Ritlecitinib (vanaf 12 jaar – heden juni 2025)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wie komen er in aanmerking?                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• SALT <math>\geq 50\%</math></li> <li>• Huidige episode <math>&lt; 8</math> jaar</li> <li>• Falen op minimaal 1 systemisch middel (ciclosporine, prednison of methotrexaat)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Wat zijn de adviezen als er nog geen systemische therapie is gestart in het verleden? | Start met ciclosporine (3-5mg/kg lichaamsgewicht) of methotrexaat (15mg/week bij volwassenen, 10-15 mg/m <sup>2</sup> bij kinderen).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Welke JAK-remmer kies ik?                                                             | Vergelijkbare effectiviteit in klinische trials. Bij comorbiditeit constitutioneel eczeem (of andere indicatie) voorkeur voor niet selectieve JAK-remmer (baricitinib).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hoelang duurt het voordat er reactie optreedt?                                        | Minimaal 6 maanden behandeling. Gezien mogelijke late response, overweeg verlenging van behandeling tot 9 maanden wanneer er op 6 maanden nog geen effect wordt gezien. Toename of ontstaan van vellushaar staat gelijk aan vooruitgang.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Hoe ga je om met exacerbaties tijdens de behandeling met JAK-remmers?                 | Stop niet direct met een JAK-remmer. Overweeg bij hevig haarverlies een lokaal of systemisch corticosteroïd toe te voegen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Heeft switchen tussen JAK-remmers nut?                                                | Bij bijwerkingen, onvoldoende effectiviteit (na een adequate behandelperiode) of aanhoudend verlies van effectiviteit kan het switchen van een JAK-remmer nuttig zijn, met name van selectief naar niet-selectief of andersom.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Is afbouwen mogelijk bij goed effect?                                                 | Overweeg afbouwen bij patiënten met een volledige respons voor tenminste 6-12 maanden. Bouw langzaam af, voor meer adviezen over afbouwen kijk op: <a href="http://www.sta2r.nl">www.sta2r.nl</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Wat is het advies m.b.t. herpes zoster vaccinatie en start JAK-remmers?               | Sinds 1 januari wordt het Shingrix vaccin vergoed voor volwassen patiënten die starten met een JAK-remmer of biological. Advies om twee weken voor start van de JAK-remmer de eerste injectie met Shingrix te geven. De tweede vaccinatie kan gegeven worden tijdens het gebruik van een JAK-remmer.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Wat is het advies voor reisvaccinaties?                                               | Controleer voor start immunosuppressiva of vaccineren voor gele koorts of hepatitis A noodzakelijk is i.v.m. toekomstige reizen. Advies om bij reizen waarvoor gele koorts (levend verzwakt) noodzakelijk is, de gele koorts vaccinatie minimaal 4 weken voor start JAK af te ronden.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Wat zijn de vaccinatieadviezen bij kinderen die starten met een JAK-remmer?           | Het advies is om alle vaccinaties volgens het rijksvaccinatieprogramma af te ronden voor start van de behandeling. Hierbij zijn met name de levende (verzwakte) vaccins van belang. Er is nog geen consensus bereikt over eventuele additionele vaccinaties (zoals griepvaccinatie, pneumokokken, COVID). Informatie hierover volgt via de hernieuwde richtlijn constitutioneel eczeem. Inventariseer of waterpokken zijn doorgemaakt (na 1ste levensjaar). Bepaal bij twijfel, een atypisch beloop of bij het doormaken van varicella voor 1ste levensjaar antistoffen (Varicella Zoster Virus IgG). Voor kinderen zonder doorgemaakte varicella-infectie bij wie nog tijd is vóór start van JAK-remmers, geniet Provarivax de voorkeur. In situaties waarin geen levend vaccin kan worden gegeven wegens reeds gestarte of urgente start van immuunsuppressie, kan men off-label gebruik van Shingrix overwegen als alternatief. |
| Hoe behandel je herpes zoster gedurende gebruik JAK-remmer?                           | Onderbreek tijdelijk de behandeling met een JAK-remmer, tot er duidelijk herstel optreedt en er geen uitbreiding van huidlaesies meer is. Overweeg start antivirale therapie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Hoe behandel je herpes simplex gedurende gebruik JAK-remmer?                          | Onderbreek zo nodig gedurende een aantal dagen de behandeling met een JAK-remmer, tot er duidelijk herstel optreedt en er geen uitbreiding van huidlaesies meer is. Overweeg start antivirale therapie, bij patiënten met frequent recidiverende herpes simplex infecties valt een onderhoudsbehandeling met valaciclovir te overwegen.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

- **Wanneer er onvolledige hergroei is opgetreden en een patiënt daardoor stopt met behandeling, vallen alle haren dan weer uit?**

Patiënten zijn dan vaak liever al het haar verloren dan dat ze een paar plukken haar op het hoofd terugkrijgen die zij dan frequent moeten weghalen.

Deze vragen hopen we te kunnen beantwoorden met de gegevens die momenteel verzameld worden in een multicenter AA register genaamd STA2R.

## PRAKTISCHE TIPS

### Screening en monitoring van JAK-remmers

De aanbevelingen voor screening en monitoring zijn samengevat in tabel 1 en 2. Op dit moment bestaat er nog discussie over het al dan niet meenemen van cholesterolwaarden in de laboratoriumcontrole bij kinderen, gezien de lage incidentie

van hart- en vaatziekten op jonge leeftijd. Vooralsnog wordt cholesterol echter wel standaard meegenomen. Meer informatie: Richtlijn AA (volwassenen), Richtlijn Constitutioneel Eczeem - Monitoring en dosering van conventionele systemische immunosuppressieve therapie bij kinderen met CE (kinderen).

### Voorschrijven van JAK-remmer voor AA

Ritlecitinib ligt heden, juni 2025, enkel in een mobiele apotheek in Nederland genaamd de Alcura apotheek (e-mail: [litfulo@alcura-apotheek.nl](mailto:litfulo@alcura-apotheek.nl)). Het recept kan naar Alcura worden verzonden met contactgegevens van de patiënt vermeldt. Baricitinib ligt in veel ziekenhuisapotheken en is dan ook via dat regulier systeem voor te schrijven. Wanneer er gestart wordt met een JAK-remmer voor AA dient er ook artsverklaring worden toegevoegd genaamd artsverklaring baricitinib en ritlecitinib. Deze verklaring dient door een dermato-

loog ondertekend te zijn. De artsverklaring (ZN-formulier) is online te downloaden of digitaal eenvoudig in te vullen op [www.zneller.com](http://www.zneller.com) en dan direct door te mailen naar de apotheek. Het is ook mogelijk om op [zneller.com](http://zneller.com) collega's te machtingen die namens de dermatoloog kunnen ondertekenen.

### Waar kan ik patiënten naartoe verwijzen?

Wij willen u graag stimuleren om, waar mogelijk, de behandeling met JAK-remmers van volwassenen patiënten met ernstige AA in het eigen centrum op te starten. Mocht u vragen hebben over de behandeling of behoefte hebben aan aanvullend advies, dan is het uiteraard mogelijk om patiënt bijvoorbeeld naar de AA-poli van het Erasmus MC te verwijzen. In het geval dat er nog geen systemische behandeling is gestart en de patiënt aldus nog niet in aanmerking komt voor JAK-remmers zullen wij in eerste instantie een eenmalige telefonische adviesafpraak inplannen. Op deze manier kan de behandeling vervolgens veelal worden voortgezet in de vertrouwde, regionale setting van de patiënt. Bij kinderen adviseren we behandeling met JAK-remmers

enkel op te starten in een centrum waar kindergeneeskundige ervaring is. U kunt kinderen die in aanmerking komen verwijzen naar de kinder AA-poli in het Erasmus MC.

### CONCLUSIE

Wij adviseren om JAK-remmers, zoals baricitinib of ritlecitinib, als behandeloptie te overwegen bij patiënten met matig tot ernstige AA. Beide middelen zijn bewezen effectief en laten overtuigende resultaten zien op het gebied van haargroei, zelfs bij patiënten met ernstige vormen van AA. Tegelijkertijd is het belangrijk om realistische verwachtingen te scheppen. De werkzaamheid kan per patiënt verschillen, en hoewel de middelen over het algemeen goed worden verdragen, zijn er nog vragen over de lange termijnveiligheid en optimale behandelduur. Het is daarom belangrijk om JAK-remmers zorgvuldig in te zetten, met goede begeleiding en monitoring. Bij juiste indicatiestelling en goede follow-up kunnen deze middelen bijdragen aan klinisch relevante verbetering van de ziekte en de gerelateerde kwaliteit van leven.

Tabel 1. Aanbevolen laboratoriumcontroles JAK-remmers bij volwassenen.

| Parameter                                           | Bij intake | Bij 4 weken | Bij 12-16 weken | Tijdens onderhoudsdosering (elke 3-6 maanden) |
|-----------------------------------------------------|------------|-------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| <b>Bloedonderzoek</b>                               |            |             |                 |                                               |
| - Hb, leukocyten met differentiatie, trombocyten    | x          | x           | x               | x                                             |
| - ALAT                                              | x          | x           | x               | x                                             |
| - Serum kreatinine (eGFR)                           | x          | x           | x               | x                                             |
| - CK                                                | (x)        | (x)         | (x)             | (x)                                           |
| - Cholesterol (HDL, LDL en totaal) en triglyceriden | x          |             | x               | Jaarlijks                                     |
| HIV*                                                | x          |             |                 |                                               |
| HBV/HCV*                                            | x          |             |                 |                                               |
| Zwangerschap**                                      | x          | x           | x               | x                                             |
| TBC screening***                                    | x          |             |                 |                                               |

#### Grenswaarden:

Hemoglobine <5 mmol/L → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.  
Absoluut lymfocyten aantal <0,5 x 10<sup>9</sup>/L → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Absoluut neutrofielen aantal <1 x 10<sup>9</sup>/L → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Leukocyten <3,0 x 10<sup>9</sup>/L → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Trombocyten <50 x 10<sup>9</sup>/L → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd, streef naar >100 x 10<sup>9</sup>/L. Bij 2x trombocyten tussen de 50-100 x 10<sup>9</sup>/L: overweeg ook te onderbreken.

ALAT ≥3 x de bovengrens van normaalwaarde → overleg/verwijzen MDL-arts.

Cholesterol en triglyceriden → indien van toepassing verwijst naar de huisarts bij afwijkingen.

Serum kreatinine >130% boven de uitgangswaarde van de patiënt → intensivering frequentie van controles en evt. aanpassing van de dosering.

CK >5 x bovengrens van normaalwaarde → (sport)anamnese uitvragen, opnieuw controle binnen een week, indien persisterend overleg met reumatoloog. Waarden met een klinische consequenties zijn een veelvoud hiervan, waarbij >10.000 vaak pas sprake kan zijn van rhabdomyolyse of myositis. Een verhoogd CK behoeft maar zelden tot staken van de medicatie te leiden.

(X) = op indicatie (spierzwakte, spierstijfheid, verminderde inspanningstolerantie, snel optredende spierpijn met spierkrampen na inspanning, roodbruine urine, verwardheid).

\* Screenen middels serologie; bij recente test (<6 maanden) dient de indicatie ingeschat te worden door het uitvragen van het risico op deze infecties.

\*\* Anamnestic uitsluiten en bij twijfel testen middels zwangerschapstest.

\*\*\* Zie FMS-richtlijn Tuberculosescreening voorafgaande aan immunosuppressieve medicatie.



Tabel 2. Aanbevolen laboratoriumcontroles JAK-remmers bij kinderen.

| Parameter                                           | Bij intake | Bij 4 weken | Bij 12-16 weken | Tijdens onderhoudsdosering (elke 3-6 maanden) |
|-----------------------------------------------------|------------|-------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| <b>Bloedonderzoek</b>                               |            |             |                 |                                               |
| - Hb, leukocyten met differentiatie, trombocyten    | X          | X           | X               | X                                             |
| - ALAT                                              | X          | X           | X               | X                                             |
| - Serum kreatinine (eGFR)                           | X          | X           | X               | X                                             |
| - CK*                                               | (X)        | (X)         | (X)             | (X)                                           |
| - Cholesterol (HDL, LDL en totaal) en triglyceriden | X          |             | X               | Jaarlijks                                     |
| Hepatitis B/C en HIV**                              | (X)        |             |                 |                                               |
| Zwangerschap***                                     | X          | X           | X               | X                                             |
| TBC screening****                                   | X          |             |                 |                                               |
| Screening op varicella-antistoffen*****             | (X)        |             |                 |                                               |

De behandeling mag niet gestart worden bij patiënten met een absolute lymfocytentelling van  $< 0,5 \times 10^9/L$ , een absolute neutrofielentelling van  $< 1 \times 10^9/L$  of met een hemoglobinewaarde  $< 5 \text{ mmol/L}$ . De behandeling kan worden ingesteld zodra de waarden tot boven deze limieten hersteld zijn.

#### Grenswaarden:

Hemoglobine  $< 5 \text{ mmol/L}$  → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Absoluut lymfocyten aantal  $< 0,5 \times 10^9/L$  → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Absoluut neutrofielen aantal  $< 1 \times 10^9/L$  de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Leukocyten  $< 3,0 \times 10^9/L$  → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd.

Trombocyten  $< 50 \times 10^9/L$  → de behandeling moet worden onderbroken en mag worden hervat als het boven deze waarde is teruggekeerd, streef naar  $> 100 \times 10^9/L$ . Bij  $2 \times$  trombocyten tussen de  $50\text{--}100 \times 10^9/L$ : overweeg ook te onderbreken.

ALAT  $\geq 3 \times$  de bovengrens van normaalwaarde → overleg/verwijzen kinder(MDL-)arts.

Cholesterol en triglyceriden → indien van toepassing verwijs naar de huisarts bij afwijkingen.

Serum kreatinine (eGFR)  $> 130\%$  boven de uitgangswaarde van de patiënt → intensivering frequentie van controles en evt. aanpassing van de dosering.

CK  $> 5 \times$  bovengrens van normaalwaarde → (sport)anamnese uitvragen, opnieuw controle binnen een week, indien persisterend overleg met kinderreumatoloog/-immunoloog. Waarden met een klinische consequenties zijn een veelvoud hiervan, waarbij  $> 10.000$  vaak pas sprake kan zijn van rhabdomyolyse of myositis. Een verhoogd CK behoeft maar zelden tot staken van de medicatie te leiden.

(X) = op indicatie

\* Op indicatie bij spierzwakte, spierstijfheid, verminderde inspanningstolerantie, snel optredende spierpijn met spierkrampen na inspanning, roodbruine urine, verwardheid

\*\* Op indicatie: patiënten met risicofactoren voor een dergelijke infectie. HBV zit sinds 2011 in het Rijksvaccinatieprogramma.

\*\*\* Anamnestic uitsluiten en bij twijfel testen met zwangerschapstest

\*\*\*\* Op basis van risico-inventarisatielijst: Mantoux of IGRA voorafgaand aan start JAK-remmer bij patiënt zonder risicofactoren, en Mantoux + IGRA + X-thorax bij patiënt met risicofactoren. Zie Screening op latente Tbc-infectie bij kinderen - Richtlijn NVALT.

\*\*\*\*\* Test varicella-antistoffen bij twijfel over het doormaken van waterpokken ná leeftijd van 1 jaar, of een atypisch beloop in verband met het eventueel vaccineren voor waterpokken.

## ONDERZOEK

De behandeling van AA met JAK-remmers is een relatief nieuwe ontwikkeling en er bestaan nog belangrijke kennishiaten met betrekking tot effectiviteit, veiligheid op lange termijn en optimale behandelstrategieën. Klinische praktijkervaring met deze middelen is momenteel nog beperkt. In de toekomst worden mogelijk nieuwe behandel mogelijkheden toegevoegd. Om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit en veiligheid van systemische behandelingen voor AA, is Systemic Treatment for Alopecia Areata Registry (STA2R) opgezet. Hierin patiënten worden gevolgd die systemische therapie ontvangen voor AA. Omdat de beschikbare gegevens over behandeling met klassieke systemische immunosuppressiva ook nog beperkt is, includeren we naar JAK-remmer patiënten, ook patiënten die behandeld worden met bijvoorbeeld ciclosporine of methotrexaat.

Dit register beoogt bij te dragen aan beter inzicht in de effectiviteit en veiligheid van diverse systemische behandelopties

voor AA, en vormt daarmee een belangrijke basis voor toekomstige richtlijnontwikkeling.

Updates en inzichten met betrekking tot behandelingen zullen gedeeld worden via onze website: [www.sta2r.nl](http://www.sta2r.nl). Bent u geïnteresseerd om met uw centrum aan te sluiten of heeft u specifieke vragen? Neem dan gerust contact met ons op via: [hairresearch@erasmusmc.nl](mailto:hairresearch@erasmusmc.nl)

## LITERATUUR

- King B, Ohyama M, Kwon O, Zlotogorski A, Ko J, Mesinkovska NA, et al. Two phase 3 trials of baricitinib for alopecia areata. *N Engl J Med*. 2022;386:1687-1699.
- King B, Zhang X, Harcha WG, Szepietowski JC, Shapiro J, Lynde C, et al. Efficacy and safety of ritlecitinib in adults and adolescents with alopecia areata: a randomised, double-blind, multicentre, phase 2b-3 trial. *Lancet*. 2023;401:1518-1529.
- Kazmi A, Moussa A, Bokhari L, Bhoyrul B, Joseph S, Chitreddy V, et

- al. Switching between tofacitinib and baricitinib in alopecia areata: A review of clinical response. *J Am Acad Dermatol.* 2023;89:1248-1250.
4. Peterson D, Powell M, King B. Less is more? Failure of one JAK inhibitor does not predict failure of another one in a patient with alopecia areata. *Dermatol Ther.* 2021;34:e15062.
  5. Rudnicka L, Arenbergerova M, Grimalt R, Ioannides D, Katoulis AC, Lazaridou E, et al. European expert consensus statement on the systemic treatment of alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38:687-694.
  6. Peeva E, Guttman-Yassky E, Banerjee A, Sinclair R, Cox LA, Zhu L, et al. Maintenance, withdrawal, and re-treatment with ritlecitinib and brepocitinib in patients with alopecia areata in a single-blind extension of a phase 2a randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* 2022;87:390-393.
  7. Vaccinatie – Immuno-start. [geciteerd 21-05-2025]. Beschikbaar op: <https://immunostart.nl/vaccinatie/#reisvaccinaties>.
  8. Constitutioneel eczeem. (2024, 28 augustus). Richtlijnen Database - Constitutioneel eczeem. Beschikbaar op: [https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/constitutioneel\\_eczeem/biologics\\_en\\_jak-remmers\\_bij\\_rl\\_ce/jak-remmers\\_bij\\_rl\\_constitutioneel\\_eczeem/baricitinib.html#:~:text=Het%20wordt%20aanbevolen%20om%20het,en%20start%20%20weken%20zit](https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/constitutioneel_eczeem/biologics_en_jak-remmers_bij_rl_ce/jak-remmers_bij_rl_constitutioneel_eczeem/baricitinib.html#:~:text=Het%20wordt%20aanbevolen%20om%20het,en%20start%20%20weken%20zit)).

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Sophie van Helmond

**E-mail:** [hairresearch@erasmusmc.nl](mailto:hairresearch@erasmusmc.nl)

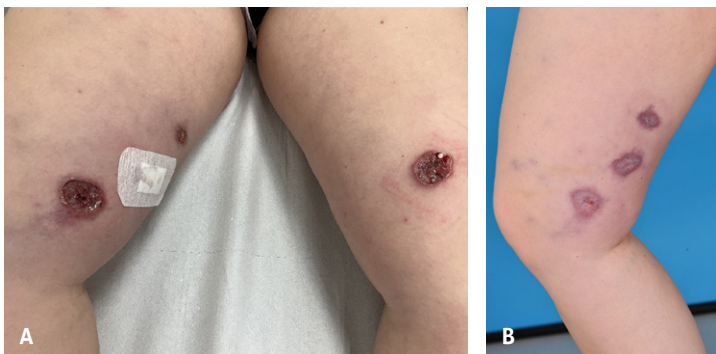


# Importdermatosen

Zie pagina 31 voor de vragen.

Leishmaniasis is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door een eencellige parasiet (protozo) en overgebracht door de beet van zandvliegen (vraag 3). Er zijn drie hoofdvormen. Bij de cutane vorm, ontstaan papels en noduli die uiteindelijk gaan zweren. Bij mucocutane leishmaniasis ontstaat ulceratie van het slijmvlies met soms ernstige vervorming van structuren in de oropharynx en neus. Viscerale leishmaniasis kenmerkt zich door aantasting van de interne organen zoals de lever en milt, leidend tot o.a. vermagering, koorts en malaise. Deze vorm is vaak dodelijk.

Leishmaniasis komt op alle continenten voor behalve Oceanië en de zuidpool. Het heeft een voorkeur voor de warmere gebieden in Europa, dus met name rond de Middellandse Zee. De Nederlandse dermatoloog zal dit vooral zien bij reizigers (afb. 2 - surfer Costa Rica) en de laatste jaren in toenemende mate bij vluchtelingen (afb. 3 - Syrische vluchteling).



Afb. 2. A. Typische ovaalvormige kratervormige ulcera bij een Nederlandse studente opgelopen tijdens een surfvakantie in Costa Rica (*leishmanias panamensis*). B. Behandelresultaat enkele weken na, 5 daagse, amfotericine B toediening.

De specifieke presentatie van de plek op de handrug (afb. 1) in combinatie met de weinig uitgebreide buitenlandse reisanamnese, zal bij weinig dermatologen leishmaniasis hebben doen vermoeden. De oplettende patholoog vond echter intracytoplasmatisch kleine ronde CD1a (vraag 1) positieve ronde micro-organismen. Deze zijn kenmerkend voor leishmaniasis infectie. Deze diagnose werd bevestigd via PCR-onderzoek, waarbij type infantum (vraag 2) werd vastgesteld. Op huid-



Afb. 3. Syrische vluchteling met ulcererende nodus op de oorlel.

ziekten.nl staat een kaartje met de distributie van de leishmaniasis en een tabel met de prevalentie van de verschillende types per regio. Infantum is de soort die in het Middellandse Zeegebied voorkomt. De casus toont aan dat 'tropische ziekten' ook opgelopen kunnen worden bij een korte strandvakantie binnen Europa.

Deze patiënt is door de internist gescreend op systemische (viscerale) verschijnselen en is door de dermatoloog behandeld met ruime excisie van de aangedane plek. Andere behandelopties zijn intramusculaire pentamidine injecties en systemische miltefosine of liposomaal amfotericine B. Hoewel de Friese man slechts een klein streepvormig litteken door de ovaal excisie overhield aan de leishmaniasis, zal er bij uitgebreide cutane betrokkenheid, zoals de surfer (afb. 2b), toch behoorlijke permanente littekenvorming optreden.

## LITERATUUR

Todeschini R, et al. Re-emergence of human leishmaniasis in Northern Italy, 2004 to 2022: a retrospective analysis. *Euro Surveill.* Jan 2024;29 (4).

## CORRESPONDENTIEADRES

Ruud Horlings

E-mail: ruud.horlings@mzh.nl



# Toekomstige patiënten

Laura Kienhorst

Ik zat recent op het strand in Estepona aan de Costa del Sol. Met mijn huidtype 1 zat ik ingesmeerd met SPF50 onder een UV50 parasol. Mijn zoontje van drie speelde samen met een Tsjechisch jongetje met een emmertje in het zand. Allebei met UV-werend zwemshirt, zwembroek en hoedje. Ik keek eens rustig om me heen. In de strandtent naast mij zag ik een knappe Spaanse ober, keurig gekleed in lange broek en wit overhemd. Ik had vakantie, maar ongemerkt viel mijn dermatologische oog het een en ander op. Opvallend: er waren nauwelijks tot geen Spanjaarden op het strand.

Wel zag ik een groep - ik denk Britten - die midden op de dag al roodverbrand toch in de volle zon lag. Zo nu en dan kwam de tube zonnebrandcrème tevoorschijn en smeerden ze elkaar in. Welke factor het was, kon ik niet lezen vanaf een afstand, maar de zonnebrandcrème had ze in elk geval onvoldoende beschermd. Of ze waren pas gaan smeren toen het kwaad al geschied was. Arme lichte huidjes, dat worden toekomstige patiënten, ging door mijn hoofd.

Vanaf 17.00 uur kwamen de Spanjaarden. Met koelboxen vol heerlijke hapjes en koude drankjes. In het avondzonnetje genoten ze. Die siësta is zo gek nog niet, dacht ik. Een perfecte vorm van 'weren' uit het adagium 'weren, kleren, smeren'. En de hele Spaanse maatschappij is daarop ingericht. De winkels zijn in de middag, op het heetst van de dag, dicht. Er is een lange lunchpauze op werk. En pas als de felle zon wat weg is, komen de Spanjaarden tevoorschijn en pakken ze het leven tegen de avond weer op. Eigenlijk heel verstandig en wel zo aangenaam. Overigens zitten ze ook het liefst binnen te eten in restaurants, uit de zon, in de airco. Terwijl de toeristen hun tapas liever zwetend onder een parasolletje eten. Waarom eigenlijk?

Jaarlijks krijgen bijna 75.000 mensen de diagnose huidkanker. Op dit moment leven bijna een half miljoen mensen die de afgelopen 10 jaar de diagnose huidkanker kregen (bron: IKNL). Deze grote aantallen patiënten kunnen we nauwelijks aan met het aantal dermatologen dat we nu hebben. In de toekomst zal dat nog veel lastiger worden. Het is dus noodzakelijk in te zetten op onder meer preventie, dat weten we allemaal. Maar verandering is lastig en het zit nog niet zo in de aard van de Nederlander (of de Brit) om de zon te mijden. Vaak wil je toch op die paar mooie dagen per jaar of als je dan eindelijk op vakantie bent zoveel mogelijk 'genieten' van de zon. En dat bruine kleurtje is voor veel Nederlanders nog steeds het schoonheidsideaal, dus toch maar eventjes zonnen. De aard van het beestje is niet eenvoudig te veranderen. Wij doen als dermatologen dagelijks ons best in de spreekkamer om onze huidkankerpatiënten uitleg te geven over verstandig omgaan met de zon, maar eigenlijk is het dan al te laat. Er zou veel meer bewustwording over de schadelijke effecten van de zon bij de algemene bevolking moeten komen.

Ik leg mijn boek terzijde, sluit mijn ogen en denk: misschien moeten we allemaal iets meer Spanjaard worden.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Laura Kienhorst

E-mail: [lkienhorst@tergooi.nl](mailto:lkienhorst@tergooi.nl)



# Nieuwe kansen voor de praktijk

Maxime Verhoeven<sup>1</sup>, Annefloor van Enst<sup>2</sup>

**Dermatologische zorg is voor een groot deel *practice based*. Veel kennis komt voort uit jarenlange ervaring. Met die jarenlange ervaring gaan dingen knagen. Doen we eigenlijk wel het goede? Verminderen we met de behandeling van actinische keratose het risico op een plaveiselcelcarcinoom? Of is dat risico helemaal niet zo groot als wordt gedacht? Elke praktijk kan niet meer om de teledermatologie heen, maar is dit wel kosteneffectief?**

Dit soort vragen zijn wellicht basaal maar hebben een grote impact op de dermatologische zorg, aangezien ze gerelateerd zijn aan grote volumes. Zorg die veel patiënten aangaat. Dit soort vragen zijn geprioriteerd door de leden van de NVDV samen met patiëntvertegenwoordigers en zijn opgenomen in de NVDV-Kennisagenda 2025. Hoe verder?

## NAAR EEN ONDERZOEKSNETWERK

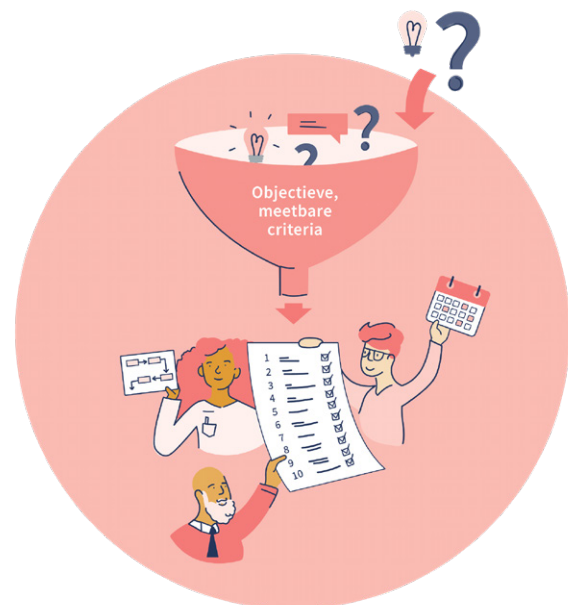
In 2019 publiceerde de NVDV de eerste Kennisagenda. Tegelijkertijd werd het onderzoeksnetwerk LaCuNe opgericht met als doel om zorgevaluatieonderzoek te stimuleren. Er werd een adviesraad ingericht die in het begin nog veel vragen ontving. Veelal over de financiering. Dermatologen waren zeker geïnteresseerd om de zaken op te pakken, maar hoe kwamen ze aan financiering? Die gelden had LaCuNe niet. Daarvoor moest men bijvoorbeeld naar Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten verwijzen (tot €50.000) of naar ZonMw.

De Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten (SFOH) werd maar mondjesmaat gevonden, ondanks de vele advertenties in het NTvDV en oproepen bij ALV's. Er werden enkele subsidies toegekend, maar slechts een klein deel had betrekking op de vragen van de Kennisagenda: vragen waarvan dermatologen en patiënten samen hadden aangegeven dat die juist veel impact hebben.

## EERSTE SUCCESSEN

In 2022 werd ZonMw financiering verkregen voor de UPDATE-trial, een studie naar de effectiviteit van lichttherapie bij patiënten met atopisch eczeem. Een studie waarmee tevens een klein gedeelte van vraag 4 van de Kennisagenda (Wat is de effectiviteit van verschillende behandelingen bij patiënten met constitutioneel eczeem?), zal worden beantwoord.

Een voorbeeld van een reeds gesubsidieerd project door SFOH is de HEMLET-studie die de effectiviteit van hydroxychloroquine versus methotrexaat bij de behandeling van lichen



Cartoon verkregen via <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-we-doen/agenderen/>

planopilaris onderzoekt. Dit onderzoek in het Erasmus MC toont aan hoe SFOH-financiering kan bijdragen aan praktijkgericht onderzoek.

## INTEGRATIE EN VERNIEUWING

Toen in 2024 werd besloten om de Kennisagenda van de NVDV te herzien, is ook besloten om de randzaken te herzien. De SFOH moet focussen op zorgevaluatieonderzoek van de Kennisagenda en LaCuNe moet directer betrokken zijn bij de Stichting. Dat is gedaan door de twee gremia te integreren in 2025.

Kees-Peter de Roos droeg na zes jaar het voorzitterschap van de Stichting over aan Thomas Rustemeyer die eerder in de Adviesraad van LaCuNe zat. Ook Nicole Kelleners-Smeets,

<sup>1</sup> Senior Beleidsadviseur NVDV

<sup>2</sup> Directeur NVDV



tevens lid van de Adviesraad van LaCuNe, sloot aan bij de Stichting als secretaris. Daarnaast is Ineke Terra-Janse toegereken tot dit stichtingsbestuur. Accountant Franc Korsten heeft zijn functie als penningmeester behouden. De overige Adviesraadleden maken weliswaar geen deel uit van het bestuur, maar sluiten wel aan bij de beoordeling van de subsidieaanvragen. Louise Gerbens is, als lid Raad Wetenschap & Innovatie van de FMS namens de NVDV, nauw betrokken bij de Stichting en Adviesraad.

## TRANSPARANTE BEOORDELING

Bij deze beoordeling wordt ook de methodiek van de Adviesraad gebruikt. Dat wil zeggen een transparant toetsingskader dat door alle leden wordt ingevuld. Tijdens een vergadering worden de beoordelingen naast elkaar gelegd om de beste aanvraag(en) te honoreren. De Stichting wil ook werken aan de transparantie en zou daarom alle aanvragen en honoreringen delen via de website van de stichting ([www.onderzoekhuidziekten.nl](http://www.onderzoekhuidziekten.nl)) en de NVDV- nieuwsbrief. Tevens ontvangen de aanvragers een terugkoppeling.

## PRAKTISCHE VRAGEN

De tweede editie van de Kennisagenda bevat tien concrete vragen die rechtstreeks voortkomen uit de praktijk. Enkele voorbeelden: Wat is de langetermijneffectiviteit van actinische keratose-behandelingen met betrekking tot het ontstaan van plaveiselcelcarcinoom bij laag- en hoogrisicopatiënten? Wat is de veiligheid en effectiviteit van het afbouwen van biologics bij patiënten met stabiele chronische huidziekten? Bij welke patiënten met een basaalcelcarcinoom kan waakzaam wachten een verantwoord alternatief zijn?

Ook de digitalisering van de zorg krijgt aandacht: Wat is de effectiviteit van teledermatologie en teledermatoscopie? En wat is de effectiviteit van scanapps voor de diagnostiek van

huidmaligniteiten? Deze vragen raken de kern van wat dermatologen dagelijks bezighoudt. Een overzicht van alle hiaten staan in de tabel.

## NIEUWE MOGELIJKHEDEN

Deze zomer is de tweede editie van de Kennisagenda van de NVDV gepubliceerd en vanaf 1 september opent de eerste ronde van de SFOH voor de honorering van onderzoeksvorstellen. De sluitingsdatum is 18 oktober 2024. Er wordt één ronde per jaar georganiseerd.

Dermatologen en aios dermatologie kunnen aanvragen indienen. Alle informatie over deze ronde zoals het indieningsformat en de beoordelingscriteria zijn gepubliceerd op [www.onderzoekhuidziekten.nl](http://www.onderzoekhuidziekten.nl). Voor vragen kunnen belangstellenden contact opnemen met Maxime Verhoeven ([m.verhoeven@nvdv.nl](mailto:m.verhoeven@nvdv.nl)).

Het voordeel van deze opzet is dat we nu alle personen die zich inzetten voor zorgevaluatie op dezelfde plek hebben. Daarbij is ook gemeend dat het nuttiger is als de SFOH voldoende subsidiegeld verstrekt om een onderzoeker tenminste één jaar te financieren. Anders moet er al snel gezocht worden naar cofinanciering en komt een onderzoek niet van de grond. Het maximum bedrag is daarom aangepast naar €90.000.

## KANSEN VOOR VERSCHILLENDE ONDERZOEKSTYPEN

Verschillende soorten van onderzoek – cohortonderzoek, experimenteel onderzoek, literatuuronderzoek – hebben evenveel kans op honorering. De voorwaarde is wel dat er een plan achter de aanvraag zit. Een plan om het hiaat van de kennisagenda echt op te lossen. Een deel van de verkregen subsidie via SFOH kan ook worden gebruikt als cofinanciering bij de start van een studie, bijvoorbeeld als onderbouwing voor een ZonMw-aanvraag. Wel belangrijk: voor reeds lopende studies die financiering missen kan geen geld worden aangevraagd.

Tabel. Kennisagenda vragen (Een toelichting bij de hiaten is terug te vinden in de Kennisagenda).

| Nr. | Kennisvraag                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Wat is de lange termijn effectiviteit van actinische keratose-behandelingen met betrekking tot het ontstaan van plaveiselcelcarcinoom bij laag en hoog risico patiënten?                                                     |
| 2   | Wat is de veiligheid en effectiviteit van het afbouwen (in dosering of verlenging interval) van een behandeling met biologics en small molecules bij patiënten met stabiele chronische huidziekten en lage ziekteactiviteit? |
| 3   | Wat is de effectiviteit van teledermatologie en teledermatoscopie bij patiënten met dermatologische aandoeningen?                                                                                                            |
| 4   | Wat is de effectiviteit van scanapps voor de diagnostiek van huidmaligniteiten?                                                                                                                                              |
| 5   | Leidt de inzet van conventionele immunosuppressieve middelen tot uitstel of afstel van advanced systemic treatment bij patiënten met chronisch inflammatoire huidaandoeningen?                                               |
| 6   | Wat is de effectiviteit en veiligheid van lokale corticosteroïden versus calcineurineremmers versus koolteerzalf bij constitutioneel eczeem?                                                                                 |
| 7   | Wat is de effectiviteit en toepasbaarheid van niet-chirurgische behandelingen voor laagrisico basaalcelcarcinomen buiten het hoofd-halsgebied?                                                                               |
| 8   | Wat is de (kosten)effectiviteit en veiligheid van het screenen en monitoren van systemische therapieën bij dermatologische aandoeningen?                                                                                     |
| 9   | Bij welke patiënten met een basaalcelcarcinoom kan actief afwachten ('waakzaam wachten') een verantwoord alternatief zijn in vergelijking met actieve behandeling?                                                           |
| 10  | Wat is de effectiviteit van monotherapie vergeleken met dubbeltherapie (combinatie pillen en crèmes) bij patiënten met scabiës?                                                                                              |

## KENNISAGENDA 2025



Een tweede voorwaarde is dat alle resultaten van de subsidiegelden gepubliceerd worden. Succes of een fiasco, we moeten er allemaal van kunnen leren.

### SUCCES METEN

Het succes van deze aanpak wordt op verschillende manieren gemeten. Ten eerste aan de interesse: het aantal subsidieaanvragen geeft aan of dermatologen dit type onderzoek en de onderwerpen relevant vinden. Belangrijker nog is de impact op de dermatologische zorg en op patiënten. De uitgangspunten zijn een hogere kwaliteit van leven voor patiënten, lagere kosten, minder inzet van personeel en duurzaamheid van de zorg.

### TOT SLOT

Met deze vernieuwde aanpak krijgen de praktische vragen uit onze dagelijkse zorg eindelijk de aandacht die ze verdienen. De integratie van LaCuNe en SFOH biedt dermatologen nieuwe kansen om evidence-based antwoorden te vinden op de vragen die hen bezighouden. Nu is de gelegenheid deze kans te grijpen.

---

### CORRESPONDENTIEADRES

Maxime Verhoeven

**E-mail:** [m.verhoeven@nvdv.nl](mailto:m.verhoeven@nvdv.nl)



Ledendag 2025

# Van kwaliteitsborging naar strategische toekomstvisie

Babs Meijer<sup>1</sup>, Ineke Terra-Janse<sup>2</sup>, Annefloor van Enst<sup>3</sup>

Op 6 juni 2025 vond de NVDV-ledendag plaats, een dag vol reflectie op kwaliteit, verenigingsbelangen en strategievorming. In drie intensieve sessies stonden de leden centraal bij het vormgeven van de koers van de vereniging.

## KWALITEITSVISITATIE

De dag begon met een grondige evaluatie van de kwaliteitsvisitatie onder leiding van Babs Meijer, voorzitter van de visitatiecommissie. De sessie liet zien dat leden visitatie steeds meer ervaren als een constructief gesprek in plaats van een controlemechanisme - een ontwikkeling die brede waardering kreeg.

Uit de terugkoppeling van 2024 bleek dat gevisiteerde vakgroepen vooral positief zijn over de openheid van het proces en de objectieve rapportage. Kritiek was er echter op de quickscan, die als onduidelijk en weinig toegevoegde waarde werd ervaren. Ook technische problemen met het digitale platform vroegen om aandacht.

## Maatwerk en verbeteringen

Een belangrijk thema was de behoefte aan visitatie op maat. De verschillen tussen academische centra, perifere vakgroepen, ZBC's en solopraktijken vragen om een meer gedifferentieerde benadering. Het voorstel om het normendocument te splitsen in een generiek deel en setting-specifieke onderdelen kreeg brede steun.

Praktische verbeterpunten die naar voren kwamen:

- Vakgroepen zouden de visitatie meer gezamenlijk kunnen voorbereiden. Dit verhoogt de betrokkenheid en vakgroepen die dit doen ervaren het ook als constructief. Een etentje aan het eind van de dag werd ook genoemd als suggestie voor de vakgroep.
- Behoeft aan betere tijdslijnen en meer reminders.
- Voorstel voor vakgroepen om vooraf eigen thema's aan te dragen.
- Meer ruimte voor best practices en minder rigide normbeoordeling
- In de maandelijkse nieuwsbrief worden voorbeel-

den gedeeld van 'uitstekende' normuitwerkingen.

Overweging is om daarnaast ook voorbeelden van 'onvoldoende' uitwerkingen op te nemen, ter lering en verduidelijking.

## Visiteurs gezocht

Een knelpunt blijft de beperkte beschikbaarheid van mede-visiteurs. Er ontstond draagvlak voor een verplicht karakter van medevisiteren - bijvoorbeeld één keer per vijf jaar per vakgroep. Als laagdrempelige introductie wordt gewerkt aan een e-learning module, bij voorkeur te volgen na de eigen visitatie-ervaring.

De visitatiecommissie neemt de besproken suggesties mee in haar verdere planvorming. Niet alles is direct te realiseren, maar met kleine stappen - zoals de recent aangepaste quickscan en de lopende herziening van de website - wordt wel al voortgang geboekt.

## ALV: FINANCIËN EN KEUZES

De 368e Algemene Ledenvergadering toonde een financieel gezonde vereniging. Zowel de NVDV als de Stichting Beheer Tijdschriften behaalden positieve resultaten in 2024.

## Vernieuwing onderzoeksbeleid

Maxime Verhoeven, senior beleidsadviseur Kwaliteit, presenteerde een ambitieus vernieuwingsplan voor de Stichting Fonds Onderzoek Huidziekten (SFOH). Het uitgangspunt: weg van kleinschalige onderzoeken van beperkte kwaliteit, naar robuust zorginhoudelijk onderzoek dat daadwerkelijk bijdraagt aan verbetering van de dermatologische zorg.

Belangrijke nieuwe criteria:

- Subsidies alleen voor onderwerpen van de kennisagenda.

<sup>1</sup> Dermatoloog LUMC, Leiden en voorzitter Visitatiecommissie

<sup>2</sup> Dermatoloog Meander MC, Amersfoort en bestuurslid NVDV

<sup>3</sup> Directeur NVDV



*De stemming tijdens de Ledendag was opperbest.*

- Inhoudelijke toetsing vooraf én evaluatie na afloop.
- Voorwaarden rond intentie, transparantie en tussentijdse toetsing.

### Normtijden onder de loep

Laura Kienhorst, bestuursadviseur Beroepsbelangen, lichtte de actuele situatie rond normtijden toe. Een cruciaal punt: de via Logex beschikbare normtijden zijn een intern verdeelmodel binnen de dermatologie, geen werkelijke behandelzeiten in minuten. Verkeerde interpretatie door besturen of verzekeraars kan leiden tot ongewenste verschuivingen in zorgverlening. De beroepsbelangencommissie houdt daarom strikt toezicht op het gebruik van deze gegevens. Haar oproep aan alle leden is dan ook: deel de data niet!

### Erkenning voor verenigingswerk

Een praktische verbetering is gerealiseerd: commissiewerk wordt nu beloond met accreditatiepunten. Per vergaderuur wordt 1 punt toegekend, met een maximum van 2 punten per vergadering en 10 punten per jaar. Een kleine erkenning voor de grote bijdrage van actieve leden aan het verenigingswerk.

### STRATEGISCHE KOERS

Het middagprogramma bestond uit een inspirerende en interactieve strategiesessie, geleid door het bestuur. Via een online vragenlijst prioriteerden leden de belangrijkste thema's voor de toekomst. Het resultaat was duidelijk: schaarste scoorde met 9,1 punten als absolute prioriteit.

### Top 5 prioriteiten

1. Schaarste (9,1) - Het allesbepalende thema dat raakt aan personele capaciteit, deeltijdwerken en toekomstbestendigheid.
2. Duurzame inzetbaarheid en werkplezier (7,9) - Zorgen over toenemende complexiteit en verminderde autonomie.
3. Financiële houdbaarheid (7,8) - Spanning tussen zwaardere zorg en gelijkblijvende vergoeding.
4. De-implementatie (7,6) - Steun voor 'less is more', mits goed onderbouwd.
5. Administratieve lasten (7,6) - Roep om vermindering, geen verdere toename.

### Zorgen en oplossingen

De discussies waren rijk aan inzichten. Veel jonge dermatologen kiezen bewust voor parttime werken, waarbij werk-pri-vébalans een belangrijke rol speelt. Tegelijk is er zorg over versnippering van het vak: hoe houden we academie, periferie en ZBC's bij elkaar?

Een belangrijk aandachtspunt: het behoud van een werkbaar casemix. Het schrappen van 'makkelijke' zorgvragen kan ertoe leiden dat dermatologen vooral complexe patiënten behandelen, wat het risico op overbelasting vergroot. Als antwoord werd het idee gelanceerd van een 'voorbeeldspreekuur' dat laat zien wat een evenwichtige casemix is.



## Vereniging als bondgenoot

Het werd duidelijk dat leden de NVDV zien als bondgenoot, maar ook verwachten dat de vereniging steviger positie inneemt, bijvoorbeeld richting VWS en zorgverzekeraars. Er is behoefte aan duidelijke kaders: wat doen we wel, wat niet? De vereniging moet kaders bieden die realistisch zijn in het licht van schaarste. Bij richtlijnontwikkeling kwam specifiek naar voren:

- Meer aandacht voor uitvoerbaarheid en werkplezier.
- Richtlijncommissies een haalbaarheidsopdracht geven.
- Systematisch vragen opnemen over administratieve impact.

## VERVOLGSTAPPEN EN TOEKOMST

De ledendag leverde een schat aan input op voor de strategische koers van de NVDV. Het bestuur gaat nu aan de slag met het opstellen van een conceptstrategie, ondersteund door een werkgroep van gemotiveerde leden. Na bespreking met commissies en domeingroepen wordt de conceptstrategie in november 2025 aan de ALV gepresenteerd.

Belangrijke uitgangspunten voor de strategie:

- De dermatoloog moet zich een 'winnaar in het vak' blijven voelen
- Focus op plezier, autonomie en toekomstperspectief.
- Realistische kaders die rekening houden met schaarste.
- Proactieve, beschermende rol van de vereniging.

Tijdens de dag was er ook een moment van waardering voor Roel Genders, die na jarenlange inzet afscheid nam van het



*Roel Genders met het afscheidbloemetje.*

bestuur. Zijn pleidooi voor betrokkenheid bij verenigingswerk onderstreepte nogmaals het belang van actieve deelname van alle leden.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Annefleur van Enst

**E-mail:** [a.vanenst@nvdv.nl](mailto:a.vanenst@nvdv.nl)