



Dermatologie & Venereologie

Artikelen

Objectivering van kwaliteit van zorg: een multidisciplinair spreekuur voor patiënten met huidtumoren, in het bijzonder basaalcelcarcinomen

Dermatitis herpetiformis II: het nut van een glutenvrij dieet

Wat kan een psycholoog betekenen voor een patiënt met hyperhidrosis?

Leerzame ziektegeschiedenissen

Een man met een harde streng op de penis

Richtlijnen

Hoe staat het met de kwaliteit van richtlijnen?

Bespreking van de richtlijn 'Vitiligo'

Verenigingsnieuws

Evaluatie nascholingen Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

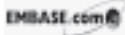
NVDV-Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA): toelichting bij herzieningen



cover II

adv Wyeth Enbrel fc

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



Het NTDV is vanaf 1 januari 2004 geïndexerd in EMBASE, de internationale wetenschappelijke database van Elsevier Science.

HOOFDREDACTIE

Dr. P. G.M. Van der Valk, hoofdredacteur
Dr. A.C. de Groot, Dr. C.J.W. van Ginkel

REDACTIE

Dr. R.C. Beljaards, Dr. J.J.E. Van Everdingen, Dr. M.J. Korstanje,
Prof. dr. A.P. Oranje, Dr. P.C. van Voorst Vader, Dr. R.I.F. van der Waal

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

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

RUBRIEK REFERAAT

Dr. T.J. Stooft, Dr. R.L. van Leeuwen, Dr. J.V. Smit,
Dr. E.M. van der Snoek, Dr. H.B. Thio

RUBRIEK VERENIGING

Dr. D. de Hoop

RUBRIEK VERBEELDING VAN DE HUID

Dr. A.C. de Groot

REDACTIEADRES

Dr. P.G.M. van der Valk, Afdeling Dermatologie UMC St Radboud
Huispost 370, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, Tel.: 024-3613724
Fax: 024-3541184, E-mail: redactiesecretariaat@derma.umcn.nl

INZENDING VAN KOPIJ

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



Reed Business Information

www.elseviergezondheidszorg.nl

Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie is een uitgave van Elsevier Gezondheidszorg, onderdeel van Reed Business Information bv. Postbus 1110, 3600 BC MAARSSEN
Uitgever: Paul Emons
Coördinatie: R. Zanderink, telefoon 0346-577289, telefax 0346-577925, e-mail: Rene.Zanderink@reedbusiness.nl

ABONNEMENTEN

Aanmelding, opzegging en adreswijziging van abonnementen: Reed Business Information bv, Klantenservice, Postbus 4, 7000 BA Doetinchem, tel. 0314-358358, e-mail: klantenservice@reedbusiness.nl. € 138,- per jaar voor specialisten. € 67,50 per jaar voor arts-assistenten, studenten en verpleegkundigen, € 170,- per jaar voor instellingen. Losse nummers € 13,25. Prijzen incl. BTW.

ADVERTENTIE-EXPLOITATIE

Commercieel Manager: Carlo Nieuwlands,
e-mail: carlo.nieuwlands@reedbusiness.nl
Telefoon: 0346-577250

COPYRIGHT

© 2007 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Het tijdschrift verschijnt 10x per jaar.

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

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

BIJLAGEN

Indien een bijlage wordt verstuurd, valt deze niet onder de verantwoordelijkheid van de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie, tenzij anders vermeld.

ALGEMENE VOORWAARDEN

Op alle aanbiedingen, offertes en overeenkomsten van Reed Business Information bv zijn van toepassing de voorwaarden die zijn gedeponceerd bij de Kamer van Koophandel te Amsterdam.

WET BESCHERMING PERSOONSGEGEVENS

Uw opgegeven gegevens kunnen worden gebruikt voor het toezenden van informatie en/of speciale aanbiedingen door Reed Business Information bv en speciaal geselecteerde bedrijven. Indien u hier tegen bezwaar heeft, stuurt u een brief naar Reed Business Information bv, t.a.v. Adresregistratie, Postbus 808, 7000 AV Doetinchem.

ISSN 0925-8604



Nederlandse uitgeverijverbond
Groep uitgeverij voor vak en wetenschap

INHOUD

ARTIKELN

- 118 **Objectivering van kwaliteit van zorg: een multidisciplinair spreekuur voor patiënten met huidtumoren, in het bijzonder basaalcelcarcinomen**
D.C.A. Schijf, V. Sigurdsson, M. Albrechts, W. Deenstra, C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, N.V.C.M. Kuck-Koot
- 126 **Dermatitis herpetiformis II: het nut van een glutenvrij dieet**
Anton de Groot, Tom Stoof, Hans de Beer, Chris Mulder
- 131 **Wat kan een psycholoog betekenen voor een patiënt met hyperhidrosis?**
S.M. van Es, P. Wippoo

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

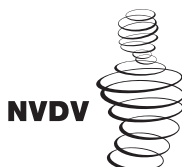
- 136 **Een man met een harde streng op de penis**
C.B. Vos, J. Toonstra

RICHTLIJNEN

- 139 **Hoe staat het met de kwaliteit van richtlijnen? Bespreking van de richtlijn 'Vitiligo'**
S. Konijn-den Hengst, J.J.E. van Everdingen

VERENIGINGSNIEUWS

- 142 **Evaluatie nascholingen Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie**
V.C.M. Kuck-Koot, C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen
- 145 **NVDV-Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA): toelichting bij herzieningen**
SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep NVDV



Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Objectivering van kwaliteit van zorg: een multidisciplinair spreekuur voor patiënten met huidtumoren, in het bijzonder basaalcelcarcinomen

D.C.A. Schijf, V. Sigurdsson, M. Albrechts, W. Deenstra, C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, N.V.C.M. Kuck-Koot

INLEIDING

Met toenemende interesse voor de kwaliteit van zorg ontstonden in de negentiger jaren zogenaamde multidisciplinaire spreekuren. Vooral in de oncologische zorg worden deze spreekuren gehouden. De patiënt wordt gezien door medisch specialisten van verschillende disciplines tijdens één consult. Dit komt de kwaliteit en efficiëntie van de zorg ten goede.

In het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) bestaat sinds 1972 een oncologisch commissie-spreekuur, waaraan een dermatoloog, plastisch chirurg en radiotherapeut deelnemen. Dit spreekuur was oorspronkelijk bedoeld voor patiënten met een moeilijk te behandelen maligniteit van de huid door bijvoorbeeld lokalisatie van de tumor of comorbiditeit van de patiënt. Daarom wordt slechts een selectie van patiënten tijdens dit dermatologische oncologiespreekuur gezien en wordt het overgrote deel van de in het UMCU gediagnosticeerde basaalcelcarcinomen (BCC's) behandeld buiten het multidisciplinaire spreekuur om.

De behoefte ontstond om onderzoek te doen naar de kwaliteit van de zorg die met behulp van het spreekuur geboden wordt. Als objectieve uitkomstmaat voor de kwaliteit van zorg hebben wij gekozen voor de behandeling van de BCC's. De reden voor deze keuze is tweërlei. BCC's zijn tumoren die het meest frequent gezien worden tijdens het multidisciplinaire spreekuur en voor BCC's een landelijk geaccrediteerde behandelrichtlijn beschikbaar.¹

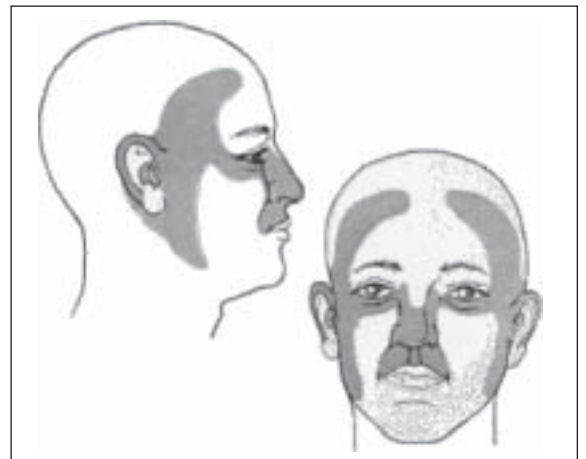
In deze beschrijvende studie geven wij een overzicht van de indicaties waarmee patiënten het multidisciplinaire dermatologische oncologiespreekuur bezoeken en

vormen wij een kwaliteitsoordeel over het voorgestelde beleid door middel van een vergelijking tussen het voorgestelde beleid en het beleid zoals beschreven is in de richtlijn. Hiermee wordt inzicht verkregen over de betekenis van richtlijnen voor het therapeutisch handelen in een expertisecentrum.

METHODE

Dataverzameling

Met behulp van een zogenaamde spreekuurcode werden patiënten geïdentificeerd die op het commissie-spreekuur zijn gezien in de periode van 01-01-2000 tot 01-01-2004. De status werden bestudeerd van alle patiënten met een nieuwe huidandoening die zich voordeed in genoemde periode. De gegevens werden gegroepeerd in 'intake', 'commissie-spreekuur' en 'follow-up'. Onder 'intake' vallen de persoons- en tumorkarakteristieken en het eventuele beleid dat elders is uitgevoerd. Onder 'commissie-spreekuur' zijn de gegevens samengevat van het beleid dat is uitgevoerd op het commissie-spreekuur. Bij 'follow-up' zijn eventuele complicaties en recidieven genoteerd samen met de laatste contactdatum.



Figuur 1. De H-zone omvat de middenstructuren van het gelaat: bovenlip, neus en canthus. De zone loopt van de onderoogleden horizontaal naar het gedeelte voor de oren. Vanaf de slaap loopt de H-zone naar het niveau van het jukbeen en omvat het oor en het gebied daarachter.

Drs. Dorothee C.A. Schijf, AGNIO interne geneeskunde¹

Dr. Vigfus Sigurdsson, dermatoloog²

Drs. Miriam Albrechts, radiotherapeut²

Drs. Wilco Deenstra, plastisch chirurg²

Prof.dr. Carla A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, dermatoloog²

Dr. Nicole V.C.M. Kuck-Koot, AIOS dermatologie^{2}*

¹ Medisch Centrum Haaglanden Antoniusbove, Afdeling Interne Geneeskunde
Postbus 411, 2260 AK Leidschendam

² Universitair Medisch Centrum Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht

* Correspondentieadres: Dr. Nicole V.C.M. Kuck-Koot, Afdeling Dermatologie, UMC Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

Samenvatting

Doel. Inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt met behulp van het multidisciplinaire, dermatologische oncologiespreekuur in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. **Opzet.** Retrospectief, beschrijvend. **Methode.** In de periode van 01-01-2000 tot 01-01-2004 werden alle patiënten bestudeerd die op het spreekuur verschenen met een nieuwe huidandoening. De persoons- en tumorkarakteristieken werden genoteerd, evenals het beleid dat uitgevoerd werd op het spreekuur en het aantal recidieven. Het voorgestelde beleid voor de basaalcelcarcinomen (BCC's) werd getoetst aan het beleid uit de richtlijn voor de behandeling van patiënten met BCC's. Deze richtlijn is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (januari 2003). In dit onderzoek beschouwen wij als optimale behandeling, de voorkeursbehandeling zoals deze geadviseerd wordt in de richtlijn. **Resultaten.** In totaal zijn 943 huidandoeningen bij 684 patiënten bestudeerd. In 23% van de gevallen was sprake van een benigne aandoening. De behandelingen van 306 BCC's werden getoetst aan de richtlijn. In de histologische BCC-subgroepen werd in 7,3%-44,4% van de gevallen niet behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. In totaal traden vier recidieven op. Opvallend was dat ongunstig gelokaliseerde sprieterige BCC's met radiotherapie werden behandeld, wat niet in de richtlijn wordt geadviseerd. In deze groep ontstond geen recidief. **Conclusie.** In een multidisciplinair dermatologisch, oncologiespreekuur, waar gespecialiseerde expertise beschikbaar is, worden veelal patiënten gezien met een ongunstig (oncologisch en cosmetisch) gelokaliseerde BCC. Het bleek dat de landelijke richtlijn niet steeds werd toegepast. Door de relatief korte follow-up is het niet mogelijk om een definitieve uitspraak te doen over de kwaliteit van zorg geleverd met behulp van het multidisciplinaire spreekuur. Vooralsnog werden echter slechts vier recidieven gevonden na behandeling van 306 BCC's.

Summary

Objective. To evaluate the quality of care given in a multidisciplinary, dermatological, oncology team in the University Medical Centre Utrecht. **Design.** Retrospective, descriptive study. **Methods.** In the period 01-01-2000 through 01-01-2004 all patients who consulted the multidisciplinary team with a new skin problem, were studied. The personal and tumour characteristics were scored, as well as the treatment proposed and the number of recurrences. The proposed treatment for basal cell carcinomas (BCCs) has been compared with the guideline. This guideline has been formulated by the Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (January 2003). In this study we consider the preferential treatment of the guideline as an optimal treatment. **Results.** 943 Skin problems in 684 patients have been studied. 23% Of the cases were benign. Treatments of 306 BCCs have been compared with the guideline. In the histological BCC subgroups differentiation of the preferential treatment in the guideline ranged from 7.3% through 44.4%. There were four recurrences. Remarkable was that the unfavourably localised infiltrating BCCs were treated with radiotherapy. This is not suggested in the guideline. In this group no recurrences occurred. **Conclusion.** A multidisciplinary, dermatological, oncology team offers specialized expertise. The patients who are referred have unfavourable localized tumours, in oncological and cosmetic perspective. Adherence to the guideline was not always feasible. Because of the short term of follow up it is not possible to draw definitive conclusions about the quality of care given by the team. So far, however, we only found four recurrences among 306 treated BCCs.

basaalcelcarcinoom - multidisciplinair spreekuur - richtlijn**basal cell carcinomas - multidisciplinary team - guideline**

Tijdens het eerste consult werd beoordeeld of het om een primaire tumor of om een recidieftumor ging. Als prognostische factoren voor BCC's zijn het histologische groeitype (solide, sprieterig en superficieel), de lokalisatie en de grootte genoteerd.¹ De lokalisatie werd onderverdeeld in gunstig en ongunstig. Ongunstig gelokaliseerd zijn de tumoren die zich bevinden in de zogenaamde H-zone, die is weergegeven in figuur 1.^{2,3,4}

Richtlijn

In januari 2003 is een richtlijn voor de behandeling van patiënten met BCC's gepubliceerd.¹ Tot die datum

was geen richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van BCC's beschikbaar. De richtlijn is opgesteld in samenwerking met het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing (CBO) en geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). In de richtlijn worden alle mogelijke vormen van therapie beschreven. De richtlijn is samengevat in tabel 1.

Analyse

Getoetst werd of het voorgestelde beleid overeenkomt met het beleid van de richtlijn uit 2003.¹ Wij hebben de richtlijn ook gebruikt voor de evaluatie van de BCC's

Tabel 1. Samenvatting Richtlijn behandeling van patiënten met basaalcelcarcinoom.¹

	Cryochirurgie		Excisie		Radiotherapie		Curettage & coagulatie		Mohs chirurgie	
	Primair	Recidief	Primair	Recidief	Primair	Recidief	Primair	Recidief	Primair	Recidief
Solide BCC:										
≤ 20 mm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	+	+	+	+/-	-	*	*
≤ 20 mm, ongunstige lokalisatie	+/-	-	+	+	+	+/-	-	-	+	+
> 20 mm, gunstige lokalisatie	+/-	-	+	+	+	+	-	-	+	+
> 20 mm, ongunstige lokalisatie	+/-	-	+	+	+	+/-	-	-	+	+
Sprieterig BCC:										
≤ 20 mm, gunstige lokalisatie	-	-	+	+	+	+	-	-	*	+
≤ 20 mm, ongunstige lokalisatie	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+
> 20 mm, gunstige lokalisatie	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+
> 20 mm, ongunstige lokalisatie	-	-	+	+	-	-	-	-	+	+
Superficieel BCC:										
≤ 20 mm, gunstige lokalisatie	+	+/-	+	+	+	+	+/-	-	*	*
≤ 20 mm, ongunstige lokalisatie	+/-	-	+	+	+	+	+/-	-	*	+
> 20 mm, gunstige lokalisatie	+/-	-	+	+	+	+	+/-	-	*	+
> 20 mm, ongunstige lokalisatie	-	-	+	+	+	+	-	-	*	+

+ In het algemeen de voorkeursbehandeling; +/- In het algemeen niet de voorkeursbehandeling, maar kan onder gewogen omstandigheden een alternatief bieden; - Alleen in zeer bijzondere gevallen te overwegen; * Doorgaans niet toegepast.

behandeld in 2000, 2001 en 2002, ondanks het feit dat toen de richtlijn nog niet beschikbaar was. In dit onderzoek beschouwen wij als optimale behandeling, de voorkeursbehandeling zoals deze geadviseerd wordt in de richtlijn. In tabel 1 wordt dit weergegeven als +. Volgens de richtlijn kan ook voor een alternatief gekozen worden maar alleen onder gewogen omstandigheden (+/- in de tabel). Vooraf hebben wij ingeschat dat in de status niet altijd de gegevens hierover terug te vinden zouden zijn. Daarom beschouwen wij in dit onderzoek de behandelingen van tabel 1 gecodeerd als +/- en - als niet-optimaal. Immers, eventuele overwegingen voor de keuze van een alternatieve behandeling ontbreken.

De gegevens zijn in een database verwerkt en vervolgens geanalyseerd met SPSS, versie 12.0.1.

Voor de berekening van de duur van de follow-up werden patiënten, waarvan na het eerste consult geen gegevens meer beschikbaar waren, steeds buiten beschouwing gelaten.

RESULTATEN

In de periode van 2000 tot 2004 zijn 943 huidandoeningen bij 684 patiënten onderzocht. De indicaties voor een consult op het spreekuur waren zeer uiteenlopend. Ook patiënten met een niet-oncologische aandoening werden gezien (tabel 2). Voor 503 van de 943 gevallen was slechts één consult bij de commissie nodig; 440 keer vond minstens één vervolgsconsult plaats. Negen patiënten werden meer dan drie keer door de commissie gezien; 104 patiënten hadden meer dan één huidandoening per bezoek.

469 BCC's werden behandeld bij 387 patiënten (180 vrouwen (46,5%) en 207 mannen (53,5%)). De gemiddelde leeftijd was 69 jaar (range 6-101; mediaan 71). Veelal ging het bij de jongste patiënten om BCC's in

het kader van het basaalcelnaevussyndroom. Van één patiënt met een sprieterig BCC was alleen de diagnose en niet de ingestelde therapie in de status beschreven en werd daarom niet in de studiepopulatie opgenomen. Elf patiënten presenteerden zich tijdens een consult met vijf of meer tumoren. Deze elf patiënten met multipole tumoren werden ook buiten beschouwing gelaten. Zo werden 456 BCC's bij 375 patiënten bestudeerd. De diagnose BCC werd in alle gevallen histologisch bevestigd. Het was in alle gevallen duidelijk of het bij het eerste consult ging om een primaire of recidieftumor; 57 van de 456 BCC's (12,5%) waren recidieftumoren. Van 150 van de 456 BCC's (32,9%) werd de precieze lokalisatie en/of de grootte niet in de status teruggevonden. Uiteindelijk zijn de behandelingen van 306 tumoren getoetst aan de richtlijn (tabel 3).

Primaire basaalcelcarcinomen

Figuur 2 laat zien dat dertien van de 177 primaire solide BCC's (7,3%) niet werden behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. Zestien patiënten zijn direct na het eerste consult verdwenen uit de follow-up. De gemiddelde follow-up-duur van de resterende 161 tumoren was 1,97 jaar (range 0,04 – 4,94; mediaan 1,59). Eén recidief is opgetreden (0,6%) in de groep tumoren "≤20 mm met ongunstige lokalisatie". Deze tumor was behandeld met cryochirurgie. Het recidief trad binnen zes maanden op.

Figuur 3 laat zien dat 23 van de 89 primaire sprieterige BCC's (25,8%) niet werden behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. Veertien patiënten zijn direct na het eerste consult verdwenen uit de follow-up. De gemiddelde follow-up-duur van de resterende 75 tumoren was 1,83 jaar (range 0,05–5,02; mediaan 1,50). Er is geen recidief opgetreden.

Vier van de negen primaire superficiële BCC's (44,4%)

werden niet behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. In de groep tumoren “≤20 mm en ongunstige lokalisatie” zijn twee tumoren behandeld met cryochirurgie en is één tumor met 5-fluorouracil behandeld. In de groep tumoren “>20 mm en gunstige lokalisatie” werd één tumor behandeld met 5-fluorouracil. Eén patiënt is direct na het eerste consult verdwenen uit de follow-up. De gemiddelde follow-up-duur van de acht resterende tumoren was 1,58 jaar (range 0,66–3,18; mediaan 1,21). In deze kleine subgroep BCC's is geen recidief opgetreden.

Recidief-basaalcelcarcinomen

Vier van de zeventien solide recidief-BCC's (23,5%) werden niet behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. In de groep tumoren “≤20 mm en ongunstige lokalisatie” is één tumor met cryochirurgie behandeld en zijn drie tumoren met radiotherapie behandeld. Twee patiënten zijn direct na het eerste consult verdwenen uit de follow-up. De gemiddelde follow-up-duur van de vijftien resterende tumoren was 2,93 jaar (range 0,17–4,75; mediaan 3,49). Eén recidief is opgetreden (5,9%) in de groep tumoren “≤20 mm en ongunstige lokalisatie”. Het recidief trad na meer dan 24 maanden op. Deze tumor is in eerste instantie behandeld door middel van een excisie. Echter met behulp van het histopathologisch onderzoek kon geen radicaliteit aangetoond worden. De commissie koos voor een expectatief beleid.

Veertien patiënten hadden een sprieterig recidief-BCC. Twee patiënten zijn direct na het eerste consult verdwenen uit de follow-up. De gemiddelde follow-up duur van de resterende twaalf tumoren was 1,39 jaar (range 0,03–3,34; mediaan 1,29). Vier van de veertien sprieterige recidief-BCC's (28,6%) werden niet behandeld volgens de voorkeursbehandeling van de richtlijn. In de groep tumoren “≤20 mm en ongunstige lokalisatie” is één tumor behandeld met radiotherapie. In de groep tumoren “>20 mm en ongunstige lokalisatie” zijn drie tumoren behandeld met radiotherapie. Bij deze vier patiënten ontstond geen recidief. In de overige tien patiënten die wel volgens de richtlijn behandeld zijn, traden in totaal twee recidieven op. Een recidief BCC werd primair behandeld met radiotherapie. Het andere recidief betrof een ongunstig gelokaliseerd BCC ≤20 mm, die primair werd geëxideerd. Histologisch onderzoek beschreef een radicale verwijdering. De recidieven traden respectievelijk binnen 12 en 24 maanden op.

BESCHOUWING

Drie aspecten zijn opvallend bij bestudering van de behandeling van BCC's in het multidisciplinaire dermatologische oncologiespreekuur in het UMCU.

Op de eerste plaats valt op dat in de verschillende groepen BCC's bij het kiezen van de therapie vaak wordt afgeweken van de voorkeursbehandeling uit de richtlijn

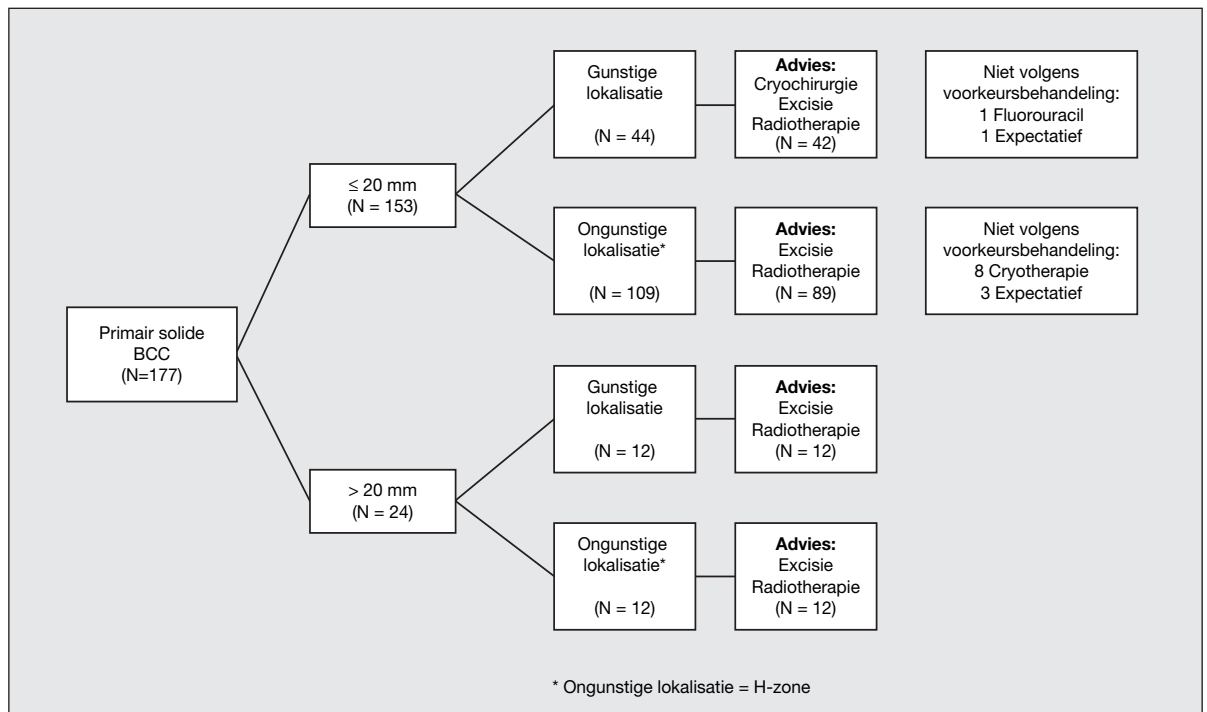
Tabel 2. Diagnoses waarmee patiënten het multidisciplinaire spreekuur consulteerden in de periode januari 2000 tot en met december 2003.

	Frequentie (%)
Superficieel basaalcelcarcinoom	16 (1,7)
Solide basaalcelcarcinoom	305 (32,3)
Sprieterig basaalcelcarcinoom	148 (15,7)
Plaveiselcelcarcinoom	108 (11,5)
Lentigo maligna melanoma	14 (1,5)
Superficial spreading melanoma	7 (0,7)
Nodulair melanoom	10 (1,1)
Ziekte van Bowen	20 (2,1)
Mycosis fungoides	12 (1,3)
Kaposi sarcoom	2 (0,2)
Lentigo maligna	17 (1,8)
Actinische keratose	37 (3,9)
Overige (pre-) maligne aandoeningen	26 (2,8)
Subtotaal (pre-) maligne aandoeningen	722 (76,6)
Keloïd / acne littekens	65 (6,9)
Benigne tumor / cyste	43 (4,6)
Naevus	28 (3,0)
Angioom	10 (1,0)
Ulcus	8 (0,8)
Eczeem	7 (0,7)
Overig	60 (6,4)
Subtotaal benigne aandoeningen	221 (23,4)
Totaal	943 (100)

Tabel 3. Basaalcelcarcinomen (n=306) waarvan de behandelingen werden vergeleken met de voorkeursbehandelingen uit de richtlijn.¹

	Frequentie (%)
Primair	
Solide basaalcelcarcinoom	177 (57,8)
Sprieterig basaalcelcarcinoom	89 (29,1)
Superficieel basaalcelcarcinoom	9 (2,9)
Recidief	
Solide basaalcelcarcinoom	17 (5,6)
Sprieterig basaalcelcarcinoom	14 (4,6)
Totaal	306 (100%)

(7,3-44,4%). Kort geleden verscheen een Schotse studie waarin eveneens de toegepaste behandeling van BCC's werd vergeleken met die van de richtlijn voor behandeling van BCC's opgesteld door de Britse Associatie van Dermatologen. Men vond dat 22 van de 34 superficiële BCC's (65%) en 4 van de 21 recidief BCC's (20%) niet behandeld werden volgens de richtlijn. Voor de overige 284 BCC's werd de richtlijn wel goed gevolgd.² Ook in onze studie werd het vaakst afgeweken van de richtlijn in de groep primaire superficiële BCC's, namelijk in 44,4% van de gevallen. Voor de recidief BCC's varieerde dit percentage van 23,5 tot 28,6. Voor de overige groepen BCC's werd in onze studiestudiepopulatie vaker afgeweken van de richtlijn dan in de hiervoor beschreven Schotse studie. Onze bevindingen zijn op verschillende manieren te verklaren.



Figuur 2. Tumorkarakteristieken solide basaalcelcarcinoom.

Wij hebben gekozen voor de definitie van een “optimale behandeling” als “de voorkeursbehandeling zoals deze beschreven is in de richtlijn” (+ in tabel 1).¹ Wanneer bij de door ons bestudeerde patiënten werd afgeweken van de richtlijn, werd hiervoor bijna nooit een reden in de status gevonden. Het is echter wel waarschijnlijk dat er een reden bestond. Misschien is daarom te vaak geconcludeerd dat de behandeling “niet optimaal” was. Het ontbreken van bepaalde informatie is een algemeen probleem van retrospectief onderzoek. Daarnaast is de door ons gebruikte richtlijn goedgekeurd in januari 2003, terwijl de studieperiode loopt van 2000 tot en met 2003. Of behandelingen in het jaar 2003 werkelijk verschillen van behandelingen in voorgaande jaren is niet getoetst. Dit kan in een vervolgonderzoek bestudeerd worden. Als laatste verklaring voor het gevonden hoge percentage geldt het feit dat vernieuwde medische inzichten een geldende richtlijn kunnen inhalen.³ In het geval van onze studie is dit een minder belangrijke reden voor het afwijken van de richtlijn, omdat gedurende een groot gedeelte van de studieperiode de richtlijn nog niet beschikbaar was.

Op de tweede plaats valt op dat ongunstig gelokaliseerde sprieterige BCC's regelmatig met radiotherapie werden behandeld, hetgeen in de richtlijn niet wordt geadviseerd. Sprieterige BCC's gedragen zich meestal aggressief. Zij bestaan uit strengen van basaloïde cellen, waaromheen zich overvloedig en vaak desmoplastisch stroma bevindt. De begrenzing naar het gezonde weefsel is dan vaak onscherp. Voor de behandeling van dit type BCC heeft de richtlijn zich gebaseerd op onder andere de artikelen van Smith et al. en van Randle. Smith et al. stelden vast dat invasie van tumorcellen in subcutaan weefsel vergemakkelijkt wordt door littekenvorming bij

radiodermatitis.⁴ Wanneer de radiotherapie in een gebied plaatsvindt waar bovendien sprake is van een relatief dunne epidermis en dermis, wordt het risico op invasie van eventueel achtergebleven tumorcellen vergroot. De H-zone is zo'n gebied met een oppervlakkig gelegen epidermis. Ook Randle stelt dat de H-zone een gebied is waarin tumorcellen gemakkelijker diepere lagen kunnen invaderen.⁵ Hij zoekt meer de verklaring in het feit dat de embryonale slijtlijnen zich in dit gebied bevinden. Deze slijtlijnen kunnen als het ware als een pad fungeren waarlangs de tumorcellen zich naar de diepte bewegen. Overigens is ook een publicatie voorhanden waarin de hypothese over de gemakkelijke invadering in de H-zone wordt tegengesproken. Zo blijkt uit de studie van Smeets et al. dat géén significant verschil bestaat in aantallen niet-radicaal excisies bij ongunstige (H-zone) versus gunstige lokalisaties.⁶ Verder baseert de richtlijn zich op een studie van Avril, welke laat zien dat chirurgie de voorkeur heeft boven radiotherapie.⁷ In deze studie analyseerde Avril BCC's met een doorsnede van <40 mm. Er werd geen onderscheid gemaakt in histologisch subtype of lokalisatie. Bij een follow-up-duur van vier jaar zijn de recidiepercentages BCC's van chirurgie en radiotherapie respectievelijk 0,7% en 7,5%. In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek is in 91% van de gevallen gebruik gemaakt van chirurgie met directe vriescoupes; de zogenaamde Mohs' micrografische chirurgie.

Er zijn ook argumenten om wel voor radiotherapie te kiezen in plaats van conventionele excisie in geval van sprieterige basaalcelcarcinomen. Zo bleek uit de studie van Smeets et al. dat patiënten met een BCC met een (niet nader gedefinieerde) agressieve histopathologie significant meer niet-radicaal eerste excisies ondergingen dan patiënten met een BCC met een niet-agres-

sieve histopathologie.⁶ Dit zou betekenen dat meer dan één excisie nodig is bij agressieve tumoren om volledige radicaliteit te bereiken. Het verrichten van meer excisies leidt echter tot een minder goed cosmetisch resultaat, omdat een groter defect ontstaat. Dit is een nadeel van de conventionele excisie ten opzichte van de radiotherapie. In 2003 publiceerden Zagrodnil et al. een retrospectieve studie waarin zij benadrukten dat radiotherapie een goede therapeutische optie is voor BCC's en dat voor individuele patiënten steeds radiotherapie zou moeten worden overwogen.⁸ Overigens vonden zij een recidiefpercentage van 8,2 voor nodulaire BCC's primair behandeld met radiotherapie (follow-up-duur 5 jaar) en een recidief percentage van 27,2 voor het sprieterige type.⁸ De hoge percentages recidieven verklaren zij door het feit dat in hun kliniek kleinere en eenvoudige BCC's niet primair voor radiotherapie worden aangeboden. Een andere reden om voor radiotherapie te kiezen in plaats van voor excisie is het aspect radicaliteit. Radicaliteit kan niet altijd als een voordeel genoemd worden van een conventionele excisie ten opzichte van radiotherapie. Namelijk een volledige controle op radicaliteit is niet voorhanden bij een conventionele excisie, aangezien slechts enkele verticale coupes van de tumor bekeken worden. Ten slotte kan het direct beschikbaar zijn van radiotherapie, de keuze voor deze vorm van therapie beïnvloeden. In het UMCU is radiotherapie vrijwel direct beschikbaar. Waarom daadwerkelijk in het geval van onze 25 patiënten met een sprieterig BCC gekozen is voor radiotherapie blijft met behulp van onze retrospectieve gegevens onduidelijk.

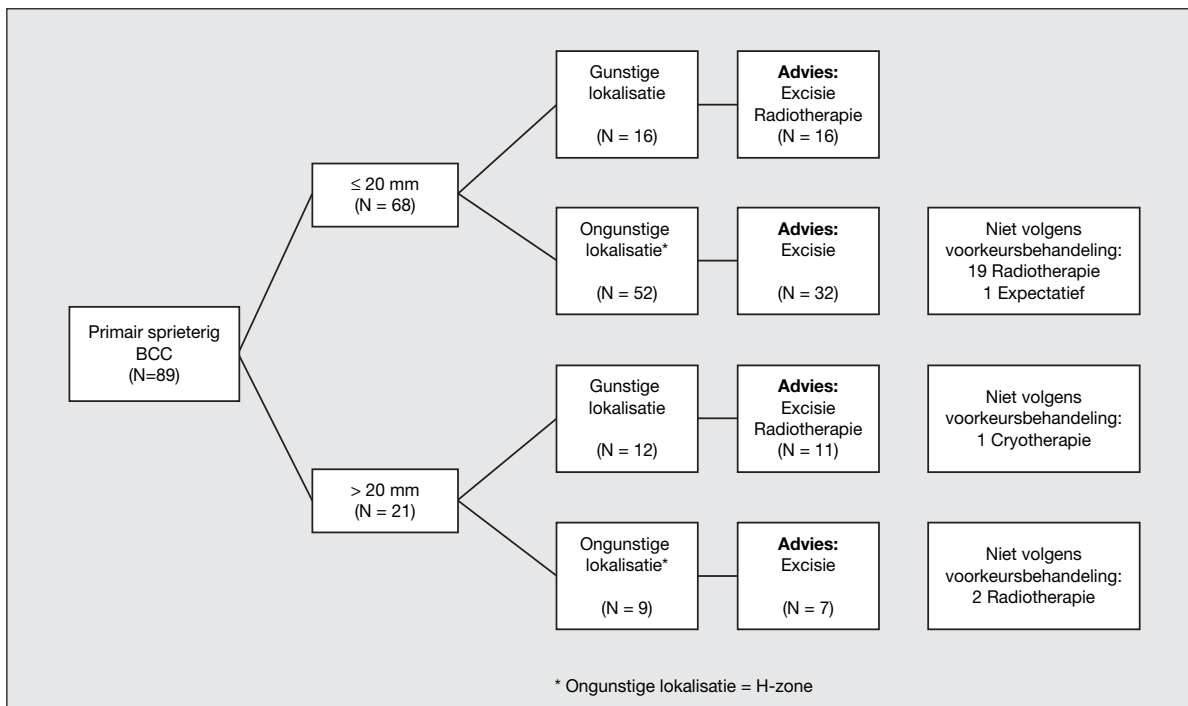
In de studieperiode 2000-2003 werden geen recidieven gevonden in de groep sprieterige BCC's. De groep

sprueterige BCC's op ongunstige lokalisaties die met radiotherapie behandeld zijn bestaat uit 21 primaire tumoren en vier recidieven. Voor hen hebben wij de follow-up-periode verlengd tot april 2006. Zoals eerder genoemd verdwenen uit de follow up drie patiënten van deze subgroep, direct na het eerste consult. Bij andere patiënten gebeurde dit iets later. De laatstgenoemden werden wel meegenomen in de follow-up-berekening. Zo berekenden wij voor 22 tumoren een nieuwe gemiddelde follow-up-duur van 1,62 jaar (range 0,21-3,62; mediaan 1,96). Ook in deze periode trad geen recidief op. Het is bekend dat ongeveer tweederde van de recidieven van primaire BCC's optreedt in de eerste drie jaren na behandeling en dat 80% van de recidieven optreedt in de eerste vijf jaren na behandeling.^{5,9} De follow-up-duur van deze 25 tumoren is daarom te kort om een uitspraak te doen over de kans op recidieven bij behandeling van sprieterige BCC's met radiotherapie.

Als derde en laatste opvallende bevinding noemen wij het relatief hoge percentage van niet-maligne huid-aandoeningen die tijdens het multidisciplinaire oncologesprekkuur beoordeeld werden (23%). Laagdrempelige verwijzing en het realiseren van een snel consult van plastisch chirurg of radiotherapeut zijn waarschijnlijk de oorzaken van deze bevinding.

CONCLUSIE

Onze gegevens laten zien dat in een multidisciplinair spreekuur waar gespecialiseerde expertise beschikbaar is, de behandelrichtlijn voor BCC's niet consequent wordt nageleefd. Hierbij moet dan de kanttekening



Figuur 3. Tumorkarakteristieken sprieterig basaalcelcarcinoom.

worden gemaakt dat tijdens een dergelijk spreekuur patiënten worden gezien met BCC's die ongunstig gelokaliseerd zijn, althans oncologisch en cosmetisch beschouwd. Het is mogelijk dat de richtlijn daarom in deze bijzondere gevallen moeilijker toepasbaar was. Door de korte follow-up-duur en het relatief kleine

aantal bestudeerde BCC's in deze retrospectieve studie is het niet mogelijk om een definitieve uitspraak te doen over de kwaliteit van zorg voor BCC's geleverd met behulp van het multidisciplinaire spreekuur. Dit kan in een prospectieve studie met grotere aantallen BCC's duidelijker worden.

LITERATUUR

1. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Behandeling van patiënten met basaalcelcarcinoom. Utrecht: NVDV, januari 2003. ISBN 90-76906-67-X.
2. Gudi V, Omerod AD, Dawn G, Green C, MacKie RM, Douglas WS, et al. Management of basal cell carcinoma by surveyed dermatologists in Scotland. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:648-52.
3. Van Wijk MA, Van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, Van Bommel JH. Compliance of general practitioners with a guideline-based decision support system for ordering blood tests. *Clin Chem* 2002;48:55-60.
4. Smith SP, Foley EH, Grande DJ. Use of Mohs micrographic surgery to establish quantitative proof of heightened tumor spread in basal cell carcinoma recurrent following radiotherapy. *Dermatol Surg Oncol* 1990;16:1012-6.
5. Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg* 1996;22:255-61.
6. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH, Neumann HA. Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1766-72.
7. Avril MF, Aupein A, Margulis A, Gerbaulet A, Dubillard P, Benhamou E, et al. Basal cell carcinoma of the face. Surgery or radiotherapy? Results of a randomized study. *Br J Cancer* 1997;76:100-6.
8. Zagrodnik B, Kempf W, Seifert B, Müller B, Burg G, Urošević M, Dummer R. Superficial radiotherapy for patients with basal cell carcinoma. *Cancer* 2003;98:2708-14.
9. Rowe DE. Comparison of treatment modalities for basal cell carcinoma. *Clin Dermatol* 1995;13:617-20.

2x bijsluiter

pag 125

adv Vichy Capital Soleil fc

Dermatitis herpetiformis II: het nut van een glutenvrij dieet

Anton de Groot, Tom Stoof, Hans de Beer, Chris Mulder¹

INLEIDING

Patiënten met dermatitis herpetiformis (DH) worden doorgaans behandeld met orale toediening van dapson. Dit geneesmiddel werkt bij DH zo snel en goed, dat toediening ervan in het pre-immunofluorescentietijdperk vaak werd gebruikt om de diagnose ziekte van Duhring te stellen. Alle patiënten met dermatitis herpetiformis hebben een onderliggende coeliakie, die overigens in 80% asymptomatisch of latent is.¹ Beide aandoeningen reageren op een glutenvrij dieet. Bij dermatitis herpetiformis duurt het echter vaak maanden tot jaren voordat resultaat geboekt wordt en het strikt volgen van een glutenvrij dieet, noodzakelijk voor een goed resultaat, is geen sinecure. Zoals Rook het uitdrukt: 'In order to obtain strict adherence to the diet, the patient needs to be highly motivated, intelligent, and leading a regular life. Sometimes it may be wise to postpone starting the diet until a more settled period'.²

Nogal wat patiënten zijn niet erg gemotiveerd om een dieet te volgen, zeker niet wanneer ze - zoals meestal het geval is - geen darmklachten hebben en wanneer de jeuk op dapson snel verbeterd is. Moet de dermatoloog dan toch - als aanvulling op dapson - een glutenvrij dieet adviseren en zo ja, op welke gronden? To diet or not to diet, dat is de vraag die we hier willen beantwoorden.

WAAROM EEN GLUTENVRIJ DIEET?

Er zijn vier mogelijke redenen om dapson te combineren met een glutenvrij dieet:

1. een glutenvrij dieet is voor veel patiënten een effectieve behandeling van de huidklachten van DH;
2. een glutenvrij dieet vermindert de benodigde dosis dapson;

Dr. T.J. Stoof, dermatoloog, Afd. Dermatologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam
 Dr.ir. J.J.A. de Beer, voedingsdeskundige-methodoloog, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht
 Prof.dr. C.J.J. Mulder, Maag-darm-leverarts, Afd. Maag-darm-leverziekten, VU Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres:

Dr. A.C. de Groot, arts, Schipslootweg 5, 8351 HV Wapserveen, Tel.: 0521-320332,
 E-mail: antondegroot@planet.nl.

¹ De auteurs zijn allen lid van de door het CBO ondersteunde Werkgroep die de evidence-based Richtlijn Coeliakie ontwikkelt (Voorzitter: prof.dr. C.J.J. Mulder). Namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie zijn Dr. T.J. Stoof en Dr. A.C. de Groot verantwoordelijk voor het hoofdstuk "Dermatitis Herpetiformis", dat onderdeel is van de Richtlijn Coeliakie.

Samenvatting

Ofschoon de gunstige effecten van een glutenvrij dieet op dermatitis herpetiformis (DH) al lang bekend zijn, wordt vaak van een dieet als behandelingsmogelijkheid afgezien, bijvoorbeeld omdat therapie met dapson al goed helpt of omdat een dieet als belastend wordt ervaren. Er zijn echter diverse redenen om aan alle patiënten met DH te adviseren een glutenvrij dieet te gaan volgen: (1) behandeling met een glutenvrij dieet is een effectieve therapie voor DH; (2) patiënten die een glutenvrij dieet gebruiken zullen na verloop van tijd een lagere dosis dapson nodig hebben. Patiënten die zich strikt aan het dieet houden kunnen op termijn bijna allemaal het gebruik van dapson geheel stoppen; (3) alle patiënten met DH hebben tevens coeliakie, een darmaandoening die snel en goed reageert op een glutenvrij dieet; (4). Er zijn aanwijzingen dat het langdurig en strikt volgen van een glutenvrij dieet enige bescherming biedt tegen het ontstaan van een lymfoom. Om de kans op het strikt volgen van een glutenvrij dieet door de patiënt te vergroten wordt aanbevolen om direct een diëtiste in te schakelen, de patiënt te adviseren om lid te worden van de coeliakiepatiëntenvereniging (die ook de belangen van patiënten met DH behartigt) en de patiënt onder regelmatige controle te stellen van de dermatoloog en de maag-darm-leverarts.

Summary

The beneficial effects of a gluten free diet on dermatitis herpetiformis (DH) have been known for several decades. In spite of this, many patients do not follow a diet, because dapsone therapy is effective enough or a diet is perceived to be too much of a burden. There are however several reasons to advise a gluten free diet to all patients with DH: (1) a gluten free diet is an effective treatment for DH; (2) strictly adhering to the diet will result in a decreased need for dapsone and often dapsone can in the long run be discontinued altogether; (3) all patients with DH also have celiac disease, which responds swiftly and well to a gluten free diet; (4) possibly the diet will offer some protection against the development of lymphoma. In order to optimize adherence to the diet the patient can best be referred to a dietician, and be advised to become a member of the Celiac Disease Patient Organisation. In addition, the patient should be monitored on a regular basis by the dermatologist and the gastroenterologist.

**dermatitis herpetiformis - ziekte van Duhring
 - gluten - glutenvrij dieet**

**dermatitis herpetiformis - Duhring's disease
 - gluten - gluten free diet**

3. een glutenvrij dieet geneest ook de darmafwijkingen, die bij alle patiënten met dermatitis herpetiformis aanwezig zijn;
4. een glutenvrij dieet zou mogelijk een beschermend effect hebben op het ontstaan van lymfomen.

Een glutenvrij dieet is voor veel patiënten een effectieve behandeling van de huidklachten van DH

Eliminatie van gluten uit het dieet verbetert zowel de darmafwijkingen als de huidklachten.³⁻⁶ De symptomen van coeliakie verminderen al na enkele weken, maar bij DH duurt dat vaak veel langer, maanden tot soms jaren.⁷ Dit is dan ook de reden dat de meeste patiënten vanaf het begin ook met dapson worden behandeld. Het resultaat van het volgen van een glutenvrij dieet verschilt interindividueel en is onder meer afhankelijk van de activiteit van de huidaan- doening bij het starten met het glutenvrije dieet. Om succesvol te zijn moet men zich strikt aan het dieet houden en het duurt dan gemiddeld 28 maanden voordat de huidafwijking door het dieet geheel rustig is geworden.^{7,8} De heersende opvatting is dat een glutenvrij dieet levenslang moet worden volgehouden. Er zijn echter aanwijzingen dat een aantal patiënten, vooral diegenen bij wie de DH is begonnen op de kinderleeftijd, na minimaal 3 jaar op dieet symptomvrij geweest te zijn, het dieet kunnen staken zonder dat een recidief optreedt.⁹

Geconcludeerd kan worden dat behandeling met een glutenvrij dieet een effectieve behandeling is voor DH. Omdat het vele maanden en soms jaren duurt totdat de resultaten zichtbaar worden, kan het beste vanaf het begin ook behandeld worden met dapson.

Een glutenvrij dieet vermindert de benodigde dosis dapson

Een belangrijke reden om een glutenvrij dieet te combineren met dapson is dat patiënten die zich houden aan een glutenvrij dieet vaak na verloop van tijd de dosering dapson - een medicijn, dat vele, soms dosis-afhankelijke, bijwerkingen kan hebben - kunnen verminderen of de inname ervan zelfs geheel kunnen staken.^{7,10} De grootste serie patiënten die behandeld zijn met dapson en een glutenvrij dieet en waarvan de resultaten gepubliceerd zijn, komt uit het Verenigd Koninkrijk.⁷ Van de 212 patiënten (128 mannen, 84 vrouwen, gemiddelde leeftijd bij presentatie 42 jaar, spreiding 9-83 jaar) met DH die behandeld en gecontroleerd werden in de periode 1967-1992, werd een glutenvrij dieet (in combinatie met dapson of andere medicijnen) geprobeerd door 172 (81%) van de patiënten. Van deze groep bleven 133 (77%) het dieet volgen. De redenen voor de andere 39 patiënten om met het dieet te stoppen waren dat het te moeilijk was vol te houden door familie-, sociale of werkomstandigheden.

Van de groep van 133 die een dieet bleef volgen konden 78 patiënten (59%) de medicatie geheel stoppen en bleef de huid rustig op het dieet alleen. De overige 55 (41%) hadden naast het dieet ook nog medicijnen nodig. Het resultaat was afhankelijk van hoe strikt men zich aan het dieet hield. In de groep van 44 patiënten die zich

helemaal aan de dieetregels hield konden 41 (93%) het gebruik van medicijnen stoppen, terwijl dat in de groep van 62 die soms glutenbevattend voedsel at (meer dan 2x/jaar maar minder dan 1x/week) bij slechts 26 (42%) het geval was. Ook de snelheid waarmee de medicatie afgebouwd en gestopt kon worden was afhankelijk van de al dan niet strikte naleving van het dieet. In de groep die zich volledig aan het dieet hield duurde het gemiddeld 13 maanden (spreiding 1-66, standaarddeviatie 3 maanden) voordat de oorspronkelijke dosis medicijnen gehalveerd was en 28 maanden (spreiding 4-88, standaarddeviatie 4 maanden) voordat geheel stoppen met de medicatie mogelijk was. Voor de groep die meer dan 2x per jaar maar minder dan 1x per week tegen het dieet zondigde waren deze periodes respectievelijk 21 maanden (spreiding 6-92, standaarddeviatie 6 maanden) en 62 maanden (spreiding 6-223, standaarddeviatie 13 maanden). Het verschil tussen deze groepen was statistisch significant.

Geconcludeerd kan worden dat patiënten die een glutenvrij dieet gebruiken na verloop van tijd minder dapson nodig zullen hebben. Meer dan 90% van de patiënten die zich strikt aan het dieet houden kan op termijn - gemiddeld na 2-3 jaar - het gebruik van dapson geheel stoppen. Bij patiënten die het dieet niet strikt volgen zijn de resultaten minder goed of duurt het langer voordat het resultaat bereikt wordt.⁷

Een glutenvrij dieet geneest ook de darmafwijkingen, die bij alle patiënten met dermatitis herpetiformis aanwezig zijn

Ongeveer 20% van de patiënten met DH heeft klinisch klachten van coeliakie. Deze darmklachten zullen goed reageren op een glutenvrij dieet en het adviseren van een dieet aan deze patiënten is dan ook vanzelfsprekend. Ofschoon alle patiënten met DH histologische darmafwijkingen passend bij coeliakie hebben die kunnen variëren van minimale infiltratie van lymfocyten in het jejunumepitheel tot volledige vlokatrofie, is ongeveer 80% asymptomatisch. Het natuurlijke beloop van een asymptomatische glutengevoelige enteropathie is niet bekend.^{11,12} Er zijn aanwijzingen dat patiënten met asymptomatische coeliakie een verhoogd risico hebben voor het ontwikkelen van een lymfoom.^{13,14,15} T-cellymfomen zijn ernstige maar relatief zeldzame complicaties, zodat in absolute zin de toename van het aantal lymfomen gering is.¹⁵ Het is onduidelijk of een glutenvrij dieet hierop een beschermend effect heeft.^{11,12}

Een glutenvrij dieet zou een beschermend effect hebben op het ontstaan van lymfomen

Of een glutenvrij dieet een beschermend effect heeft bij patiënten met coeliakie en DH op het zich ontwikkelen van lymfomen is onzeker. De studie van Holmes¹⁶ wordt altijd aangehaald om aan te geven dat een (langdurig) glutenvrij dieet inderdaad beschermt tegen het ontstaan van een lymfoom bij patiënten met coeliakie. Dat onderzoek berustte echter slechts op 210 patiënten, waarvan 108 een strikt glutenvrij dieet volgden en 102 niet. Het

relatieve risico in de groep die geen strikt glutenvrij dieet volgde was weliswaar hoger dan in de glutenvrije groep (77 versus 17), maar het verschil was *niet* significant. Een recentere Amerikaanse studie vond ook onder coeliakiepatiënten op een strikt glutenvrij dieet een verhoogd risico op lymfomen (relatief risico 6,2: 95% betrouwbaarheidsinterval 2,9-14). Het dieet bleek in deze studie geen beschermend effect te hebben op de ontwikkeling van lymfomen.¹⁷

Dezelfde onzekerheid geldt voor de situatie bij patiënten met DH. In een Engels onderzoek hadden alle 8 patiënten met een lymfoom uit een groep van 487 patiënten met DH geen glutenvrij dieet gebruikt of dat korter dan 5 jaar gevolgd.¹⁸ In een Fins onderzoek was bij 11 patiënten uit een groep van 1104 met DH een lymfoom vastgesteld. Deze hadden een significant aantal maanden korter een strikt glutenvrij dieet gevolgd dan de controlegroep van DH-patiënten zonder lymfoom, maar er was een grote spreiding in beide groepen.¹⁹

Geconcludeerd kan worden dat er enige aanwijzingen zijn, dat een langdurig volgehouden glutenvrij dieet bij patiënten met DH een beschermend effect heeft tegen het ontstaan van lymfomen.

WEL OF GEEN DIEET?

Er zijn dus - zoals hierboven is gebleken - goede redenen om aan alle patiënten met DH te adviseren een glutenvrij dieet te gaan volgen. Behandeling met een glutenvrij dieet is een effectieve behandeling voor DH. Wel duurt het vele maanden tot soms jaren voordat de resultaten zichtbaar worden en daarom wordt meestal vanaf het begin ook behandeld met dapson. Daarnaast zullen patiënten die een glutenvrij dieet gebruiken na verloop van tijd minder dapson - een middel dat diverse, soms dosisafhankelijke, bijwerkingen kan veroorzaken - nodig hebben. Meer dan 90% van de patiënten die zich strikt aan het dieet houden kan op termijn - gemiddeld na 2-3 jaar - het gebruik van dapson geheel stoppen.

Een derde reden om een dieet te adviseren is dat alle patiënten met DH tevens (een veelal asymptomatische of latente) coeliakie hebben, een darmaandoening die snel

en goed reageert op een glutenvrij dieet. Of bij *asymptomatische* patiënten een glutenvrij dieet nuttig is voor hun darmen (bijvoorbeeld om complicaties te voorkomen) is niet bekend. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat het langdurig en strikt volgen van een glutenvrij dieet enige bescherming biedt tegen het ontstaan van een lymfoom bij patiënten met dermatitis herpetiformis.

GLUTENVRIJ DIEET: PRAKTISCHE ADVIEZEN

De dermatoloog doet er goed aan om aan alle patiënten met DH te adviseren een glutenvrij dieet te gaan volgen. Velen van hen blijken echter te weinig gemotiveerd om eraan te beginnen, vooral diegenen die geen darmklachten hebben. Ook werkt dapson vaak erg goed en snel, zodat een dieet als onnodig wordt ervaren. Niet zelden kunnen patiënten die wel met een dieet begonnen zijn dat strikt glutenvrije dieet niet volhouden. Mogelijke redenen hiervoor zijn dat glutenvrij voedsel minder goed smaakt, het dieet (te) duur is, de aard van de werkzaamheden een dieet moeilijk of onmogelijk maakt (zoals mensen die vaak buitenshuis moeten eten) of tot sociale problemen leidt.^{20,21} Bovendien eet men nogal eens ongemerkt voedsel waarin gluten zijn verwerkt.²⁰ De meest frequente reden van een onvoldoende of langzame reactie van de DH op het dieet is dan ook dat men zich er niet goed aan houdt.⁸

Wanneer een patiënt begint aan het dieet, is het van groot belang hem of haar aan te moedigen om de voorschriften van het dieet ook echt strikt te volgen. Dit vergroot namelijk de kans dat de dosering dapson vermindert kan worden of het medicijn zelfs geheel gestaakt kan worden. Bovendien wordt dit resultaat door een strikt dieet sneller bereikt. Om de therapietrouw te bevorderen is het verder belangrijk om direct bij aanvang van het dieet een diëtiste in te schakelen. Ook doet de patiënt er goed aan om lid te worden van de coeliakievereniging (www.coeliakievereniging.nl). Deze vereniging behartigt ook de belangen van patiënten met DH. Ten slotte zal regelmatige controle door de dermatoloog en de maag-darm-leverarts, naar wie de patiënt bij voorkeur ook wordt verwezen¹ de patiënt ook motiveren om zich aan het dieet te houden.^{8,22,23}

LITERATUUR

1. De Groot AC, Stoof TJ, von Blomberg BME, et al. Dermatitis herpetiformis. I. Relatie met coeliakie. *Ned Tijdschr Derm Venereol* 2007;17:2-8.
2. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C (Eds.). *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th Ed. Oxford: Blackwell Science, 2004:41.54-41.59.
3. Harrington CI, Read NW. Dermatitis herpetiformis: effect of gluten free diet on skin and jejunal structure and function. *Br Med J* 1977;1:872-4.
4. Reunala T, Blomqvist K, Tarpila S, et al. Gluten-free diet in dermatitis herpetiformis. I. Clinical response of skin lesions in 81 patients. *Br J Dermatol* 1977;97:473-80.
5. Reunala T. Gluten free diet in dermatitis herpetiformis. *Br J Dermatol* 1978;98:68-78.
6. Gawkrödger D, Blackwell J, Gilmour H, et al. Dermatitis herpetiformis: diagnosis, diet and demography. *Gut* 1984;25:151-7.
7. Garioch JJ, Lewis HM, Sargent SA, et al. 25 Years' experience of a gluten-free diet in the treatment of dermatitis herpetiformis. *Br J Dermatol* 1994;131:541-5.
8. Leonard JN, Fry L. Treatment and management of dermatitis herpetiformis. *Clin Dermatol* 1992;9:403-8.
9. Bardella MT, Fredella C, Trovato C, et al. Long-term remission in patients with dermatitis herpetiformis on a normal diet. *Br J Dermatol* 2003;149:968-71.
10. Fry L, Leonard JN, Swain F, et al. Long term follow-up of dermatitis herpetiformis with and without dietary gluten withdrawal. *Br J Dermatol* 1982;107:631-40.

11. Loftus CG, Loftus EV Jr. Cancer risk in celiac disease. *Gastroenterology* 2002;123:1726-35.
 12. Collin P. Should adults be screened for celiac disease? What are the benefits and harms of screening? *Gastroenterology* 2005;128:S104-8.
 13. Johnston SD, Watson RG. Small bowel lymphoma in unrecognized celiac disease: a cause for concern? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000;12:645-8.
 14. Carroccio A, Iannitto E, Di Prima L, et al. Screening for celiac disease in non-Hodgkin's lymphoma patients: a serum anti-transglutaminase-base approach. *Dig Dis Sci* 2003;48:1530-6.
 15. Catassi C, Fabiani E, Corrao G, et al. Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. *JAMA* 2002;287:1413-9.
 16. Holmes GK, Prior P, Lane MR, et al. Malignancy in celiac disease – effect of a gluten free diet. *Gut* 1989;30:333-8.
 17. Green PH, Fleischauer AT, Bhagat G, et al. Risk of malignancy in patients with celiac disease. *Am J Med* 2003;115:191-5.
 18. Lewis HM, Reunala TL, Garioch JJ, et al. Protective effect of gluten-free diet against development of lymphoma in dermatitis herpetiformis. *Br J Dermatol* 1996;135:363-7.
 19. Hervonen K, Vornanan M, Kautiainen H, et al. Lymphoma in patients with dermatitis herpetiformis and their first-degree relatives. *Br J Dermatol* 2005;152:82-6.
 20. Pietzak MM. Follow-up of patients with celiac disease: achieving compliance with treatment. *Gastroenterology* 2005;128:S135-41.
 21. Collin P, Reunala T. Recognition and management of the cutaneous manifestations of celiac disease. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:13-20.
 22. Fry L. Dermatitis herpetiformis: problems, progress and prospects. *Eur J Dermatol* 2002;12:523-31.
 23. Case S. The gluten-free diet: how to provide effective education and resources. *Gastroenterology* 2005;128:S128-34.
-

2x bijsluiter

pag 130

adv Vichy Capital Soleil fc

Wat kan een psycholoog betekenen voor een patiënt met hyperhidrosis?*

Saskia M. van Es, Pim Wippoo

INLEIDING

Hyperhidrosis is een dermatologische aandoening die frequent voorkomt. Naar schatting lijdt 1% van de bevolking aan primaire hyperhidrosis.² Patiënten kunnen zich ernstig gehandicapt voelen door hun aandoening en hun klachten kunnen de kwaliteit van het leven negatief beïnvloeden.³ De klachten kunnen ook grote consequenties hebben voor het werk en sociale activiteiten.⁴ Zo blijken patiënten met hyperhidrosis meer angst en vermijdingsgedrag te vertonen, vooral in sociale situaties.^{5,6} In een onderzoek gaf 75% van de patiënten met hyperhidrosis aan het geven van een hand te vermijden, 17% gaf aan handschoenen te dragen om bepaalde taken uit te kunnen voeren en 19% gaf aan hun beroepskeuze te hebben laten beïnvloeden door hun aandoening.⁷

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELMETHODEN

Uit een zoekactie op PubMed (keywords: 'hyperhidrosis and behavioural therapy', april 2006) bleek dat er slechts één Engelstalig onderzoek is gepubliceerd waarin de resultaten worden beschreven van een psychotherapeutische behandeling voor hyperhidrosis. De resultaten van dit onderzoek gaven aan dat bij elf van de veertien patiënten met chronische hyperhidrosis er sprake was van een klinische verbetering. zes weken na het stopzetten van de behandeling met 'biofeedback'. Ter ondersteuning van de 'biofeedback' kregen patiënten ook nog ontspanningsoefeningen aangeboden, hetgeen volgens de auteurs het succes van de 'biofeedback' mogelijk heeft beïnvloed.⁸

Samenvatting

Hyperhidrosis is een frequent voorkomende dermatologische aandoening. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met hyperhidrosis angst en vermijdingsgedrag kunnen vertonen in sociale situaties. Resultaten van psychotherapeutische interventies zijn echter weinig beschreven. In dit artikel zal op een cognitief gedragstherapeutische interventie worden ingegaan en zal, ter illustratie, de ziektegeschiedenis van een patiënte met hyperhidrosis worden beschreven.

Summary

Hyperhidrosis is a frequent dermatological condition. Research data show that patients with hyperhidrosis report more social anxiety and avoidant behaviour in social situations. Results of psychotherapy are, however, not frequently reported. In this paper we discuss a cognitive behavioural intervention and illustrate this approach with the case history of a patient with hyperhidrosis.

**hyperhidrosis - cognitieve gedragstherapie
- psychotherapeutische interventie -
sociale fobie**

**hyperhidrosis - cognitive behavioural
approach - psychotherapeutic intervention
- social phobia**

SOCIALE FOBIE

Bij een sociale fobie is er sprake van "een duidelijke en aanhoudende angst voor een of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij/zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal vertonen) die vernederend of beschamend zijn" [DSM-IV-TR]. In de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen een enkelvoudige sociale fobie, waarbij de angst in een of meer sociale situaties optreedt, en een gegeneraliseerde sociale fobie, waarbij de angst zich in de meeste situaties manifesteert.

Zoals Scholing aangeeft verdienen patiënten die in gezelschap bang zijn om te blozen, trillen of zweten speciale aandacht.⁹ Zij zijn bang dat hun lichamelijke symptomen hun gespannenheid verraden. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel, waarbij de angst steeds verder toeneemt.

* Mevrouw dr. S.M. van Es is als gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut werkzaam in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. De beschreven behandeling werd door haar uitgevoerd onder supervisie van mevrouw Pim Wippoo. Vanwege haar overlijden heeft mevrouw Wippoo niet aan dit artikel mee kunnen schrijven. Zij heeft echter een essentiële bijdrage geleverd aan een eerdere rapportage over deze behandeling.¹

Sociale fobie is een frequent voorkomende angststoornis, waarvan de 'lifetime'-prevalentie in Nederland werd vastgesteld op 7,8 %.¹⁰ Uit onderzoek blijkt dat van de 375 patiënten die voldeden aan de DSM-III-R- of DSM-IV-criteria voor een sociale fobie 24,8 tot 32,3 % last bleek te hebben van hyperhidrosis. In vergelijking met de patiënten zonder hyperhidrosis rapporteerden de patiënten met hyperhidrosis meer sociale angstsymptomen, beperkingen en fysiologische symptomen (zoals blozen en trillen).¹¹ Er lijkt een overeenkomst te bestaan tussen de oorzaak van bloosangst en hyperhidrosis. Over bloosangst is echter meer gepubliceerd. Mulkens beschreef een heuristisch model over het ontstaan en de instandhouding van bloosangst.¹² In dit model wordt ervan uitgegaan dat bij een biologische kwetsbaarheid makkelijker of intenser blozen optreedt. Dit blozen kan dan weer leiden tot negatieve leerervaringen, die op drie manieren opgedaan kunnen worden ('the three pathways to fear').¹³ Ten eerste direct via conditionering, ten tweede indirect via leren door observeren en ten derde indirect via leren door negatieve informatieoverdracht. Deze leerervaringen liggen mogelijk ten grondslag aan de regels en cognities met betrekking tot het blozen. Wanneer bloosangst eenmaal ontstaan is, door negatieve leerervaringen en/of het hebben van bepaalde (negatieve) cognities over het blozen, wordt deze volgens de zelfbewustzijnstheorie in stand gehouden door een teveel aan zelfgerichte aandacht in sociale situaties. Dit model werd door Mulkens verder aangepast ten behoeve van bloosangst, waarin zij de biologische kwetsbaarheid voor gemakkelijk of intens blozen heeft weggelaten. Uit een tweetal experimenten was gebleken dat een biologische kwetsbaarheid voor bloosangst niet bestaat.^{14,15}

Een model, waarin de biologische kwetsbaarheid wel is opgenomen, biedt mogelijk inzicht in het ontstaan en de instandhouding van sociale angst bij hyperhidrosis. Bij hyperhidrosis is er namelijk wel sprake van een biologische component. Het model zou er dan als volgt uit: Door de hyperhidrosis is er sprake van een verhoogde zweetafscheiding. Door deze zweetafscheiding doen patiënten allerlei leerervaringen op. Patiënten raken geconditioneerd aan allerlei regels en cognities zoals 'anderen mogen het zweten niet zien' en 'zweet is vies'. Er kan 'zweetangst' ontstaan, dat wil zeggen angst om te zweten in bepaalde sociale situaties, een vorm van sociale angst. Hierdoor zal meer zelfgerichte aandacht ontstaan ('ben ik nou alweer aan het zweten', 'is het zweten zichtbaar?'), hetgeen waarschijnlijk een negatieve invloed heeft op de zweetafscheiding. Patiënten kunnen daardoor nog meer gaan zweten. Dit alles kan leiden tot een negatieve zelfevaluatie: 'Ik ben vies' en 'ik ben minder dan een ander'. Met als resultante dat patiënten sociaal on(v)aardig gedrag kunnen gaan vertonen om het zweten te verbergen. Zo kunnen patiënten met hyperhidrosis vermijden een ander een hand te geven. De reactie van de ander kan hen bevestigen in het idee minder waard te zijn. Zo ontstaat een vicieuze cirkel. Patiënten met hyperhidrosis verdienen speciale aandacht ter voorkoming dan wel onderbreking van deze vicieuze cirkel.

Voor de behandeling van een sociale fobie zijn verschillende behandelmethoden onderzocht. 'Exposure' in vivo bleek in diverse onderzoeken effectief te zijn.¹⁶⁻¹⁸ Bij 'exposure' in vivo stelt de patiënt(e) zich bloot aan angstwekkende situaties in het algemeen, nadat een hiërarchie in moeilijkheid is gemaakt. Dit blootstellen duurt voort totdat de patiënt(e) bemerkt dat de angst vermindert. Met als principe dat angst vermindert als iemand niet uit de voor hem/haar angstwekkende situatie vlucht. Ook een sociale vaardigheidstraining kan worden toegepast in de behandeling van een sociale fobie. Met als rationale dat een deel van de patiënten met een sociale fobie on(v)aardig sociaal gedrag kan vertonen. Door dit gedrag kunnen zij de geanticiperde negatieve reacties bij anderen ook oproepen. Het uitgangspunt van een sociale vaardigheidstraining is dat nieuw gedrag is aan te leren door middel van oefening. Juist het blootstellen aan sociale situaties door middel van deze oefeningen zou, net als bij 'exposure' in vivo, verantwoordelijk kunnen zijn voor het positieve effect van de behandeling.¹⁹⁻²² Ten slotte kan in de behandeling van een sociale fobie ook gebruik worden gemaakt van cognitieve therapie. Hierbij kunnen niet-helpende, irrationele gedachten in een socratische dialoog worden uitgedaagd. Samen met de therapeut wordt gezocht naar functionelere alternatieven voor deze gedachten en krijgt de patiënt(e) de opdracht de nieuwe hypothesen in het dagelijkse leven te toetsen.²³ Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van gedragsexperimenten, waarin gedachten worden getoetst aan de werkelijkheid.

In een meta-analyse over de cognitief gedragstherapeutische behandeling van een sociale fobie komt de auteur tot de conclusie dat met name de combinatie van cognitieve therapie en exposure in vivo effectief is.²⁴

CASUS

Patiëntgegevens

De in de literatuur beschreven consequenties van hyperhidrosis (sociale angst en vermijdingsgedrag) zijn ook in het verhaal van mevrouw A terug te vinden. A is een, bij aanmelding, 23-jarige vrouw met hyperhidrosis palmaris, plantaris en generalisata en een sociale fobie. Zij vermijdt anderen een hand te geven, heeft haar kledingkeus aangepast aan de hyperhidrosis en is in het contact met anderen steeds bang dat de ander het zweten zal bemerken. Daarnaast vindt zij het zweten vies en daardoor zichzelf ook. Er is sprake van een negatief zelfbeeld, hetgeen zij lijkt te willen compenseren door top-prestaties te leveren. In vrijwel alles wil zij de beste zijn en haar prestaties zijn zelden goed genoeg.

A werd verwezen door haar behandelend dermatoloog. Zij had zich daar aangemeld vanwege, sinds de puberteit bestaande, hyperhidrosisklachten. Tijdens het bezoek aan de dermatoloog kwam aan de orde dat A ten gevolge van haar klachten last heeft van sociaal fobische

klachten. Zij werd daarop naar een medisch psycholoog verwezen. De DSM-IV-TR-classificatie van mevrouw A was:

As I: Sociale fobie, gegeneraliseerd (300.23)

As II: Geen diagnose op As II (V71.09)

As III: Hyperhidrosis

As IV: Geen psychosociale en omgevingsproblemen

As V: 65.

Behandeling

Uit onderzoek blijkt dat een combinatie van cognitieve therapie en exposure in vivo het meest effectief is in de behandeling van een sociale fobie. Deze beide behandelvormen vormden dan ook de basis van de cognitief therapeutische behandeling. Deze bestond uit 28 sessies en een follow-up-gesprek.

A onderging diverse medische behandelingen tijdens de therapie. Bij aanvang van de therapie kreeg A een apparaat voor iontoforese mee. Dit werkte echter onvoldoende. Ook kreeg zij een behandeling met botuline-A-toxine aangeboden. Deze behandeling was te kostbaar voor haar. Vervolgens werd zij doorverwezen naar de afdeling anesthesiologie voor invasieve chirurgische technieken. Eerst kreeg zij een proefbehandeling, die het zweten van een hand dermate reduceerde dat zij in aanmerking kwam voor een stellatumzenuwblokkade. Deze techniek werd tweemaal toegepast, voor beide handen een keer, echter zonder resultaat. Bij de beëindiging van de therapie kwam A in aanmerking voor een thoracale sympathicusblokkade. Zij had toen echter nog niet het besluit genomen of zij deze behandeling daadwerkelijk wilde ondergaan. Het aandeel van de medisch psycholoog, in deze serie medische behandelingen, bestond uit het steunen van A en het aandacht besteden aan het moeten ondergaan van de vaak vervelende behandelingen.

De eerste gesprekken bij de medisch psycholoog werden gebruikt om haar klachten, het vermijdings- en copinggedrag en de behandeldoelen in kaart te brengen, door middel van een registratieopdracht. Zij bemerkte door deze registratieopdracht dat het zweten toenam als ze er aandacht aan schonk. Zij vond het erg moeilijk om geen aandacht aan het zweten te schenken, met name als zij zich druk maakte. A bleek bijna bij voortduring bezig met de vraag of anderen het zweet kunnen zien en met het verbergen van het zweten voor anderen. Dit deed zij ondermeer door bepaalde kleding niet aan te trekken. Met name het dragen van gekleurde kleding vermeed zij. Zij controleerde frequent haar kleding op het toilet, ging veelvuldig naar het toilet en veegde haar neus regelmatig af. Ten slotte bleek dat A het zweten wilde compenseren door het leveren van topprestaties; zij leed aan een extreme vorm van perfectionisme.

Als behandeldoelen voor haar sociale fobie werden geformuleerd: het verminderen van het vermijdingsgedrag, het verminderen van de schaamte over de hyperhidrosis, het tegengaan van haar perfectionisme en het verbeteren van haar zelfbeeld. De hypothese was dat met het vergroten van het inzicht op de factoren die het

zweten verergerden haar eigen controle op het zweten vergroot zou worden. Er werd daarbij gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie.

Resultaten

De afname van de schaamte over de hyperhidrosis, door er over te spreken, was een van de opvallendste resultaten van de therapie. Wat betreft haar sociaal fobische klachten bleek dat haar vermijdingsgedrag verminderde. Ten aanzien van de hyperhidrosis was haar eigen bevinding, tijdens de therapie, dat anderen "het ook warm kunnen hebben" en zij haar hyperhidrosis minder ging verbergen een heel opvallend en dankbaar resultaat. Gezien het feit dat dit voor haar een positief effect had op haar zelfbeeld (zij voelde zich niet meer zo vies) en haar schaamte sterk verminderde. Ten slotte zegt zij zelf over de hyperhidrosis: "Ik heb echt het idee dat dat minder is geworden, wel 30%; ik ben er minder op gefocust, want het is niet meer zo belangrijk voor me. Misschien heeft dat een rol gespeeld". Hierbij dient nog wel opgemerkt te worden dat de hyperhidrosis bewust niet uitgebreid behandeld werd, vanuit de hypothese dat dat haar zou bevestigen in het idee vies te zijn. Bovendien vonden er gedurende de therapie al verschillende medische behandelingen plaats.

DISCUSSIE

Zoals beschreven in de literatuur kan het hebben van hyperhidrosis diverse consequenties met zich meebrengen, zoals sociale angstklachten en vermijdingsgedrag. Desalniettemin is er vanuit de (medische) psychologie tot dusverre weinig belangstelling voor dermatologische aandoeningen in het algemeen en hyperhidrosis in het bijzonder. Uit de beschreven casus blijkt dat het cognitief gedragstherapeutisch behandelen van een patiënte met hyperhidrosis en een sociale fobie zinvol kan zijn. Zowel de sociaal fobische klachten als het vermijdingsgedrag namen af. Ook nam, opvallenderwijs, de sterkte van de hyperhidrosisklachten subjectief gezien af.

LITERATUUR

1. Es SM van, Wippoo P. 'Pas op, juffrouw, je smelt!' Over de cognitieve gedragstherapie van een patiënte met hyperhidrosis en een sociale fobie. *Gedragstherapie* 2005;38:131-40.
2. Atkins JL, Butler PE. Hyperhidrosis: a review of current management. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:222-8.
3. Amir M, Arih A, Wienstein TY, et al. Impairment in quality of life among patients seeking surgery for hyperhidrosis (excessive sweating) preliminary results. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000;37:25-31.
4. Moran KT, Brady, MP. Surgical management of primary hyperhidrosis. *Br J Surg* 1991;78:279-83.
5. Lerer B. Hyperhidrosis: a review of its psychological aspects. *Psychosomatics* 1977; 18:28-31.
6. Palao Tarrero A, Rodriguez Vega B, Cervera Boada P, Irisarri Vazquez F, Ramirez Gaité M, Llorens J. Psychopathology in hyperhidrosis and burning mouth syndrome. *Dermatol Psychosom* 2001;2:195-8.

7. Gossot D, Galetta D, Pascal A, et al. Long-term results of endoscopic thoracic sympthectomy for upper limb hyperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 2003;75:1075-9.
8. Duller P, Gentry WD. Use of biofeedback in treating chronic hyperhidrosis: a preliminary report. *Br J Dermatol* 1980;103:143-6.
9. Scholing HA. Social phobia, cognitive and behavioral treatment. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
10. Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2453-60.
11. Davidson JRT, Foa EB, Connor KM, Churchill LE. Hyperhidrosis in social anxiety disorder. *Progr Neuropsychopharmacol Biol Psych* 2002;26:1327-31.
12. Mulkens AAN. Aandacht voor bloosangst. *Psycholoog* 2001:342-7.
13. Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Beh Res Ther* 1977;15:375-87.
14. Mulkens S, Jong de PJ, Bögels SM. High blushing propensity: fearful preoccupation irrespective of facial coloration. *Beh Res Ther* 1997:817-24.
15. Mulkens S, Bögels SM. Learning history in fear of blushing. *Beh Res Ther* 1999: 1159-67.
16. Mattick RP, Peters L, Clarke JC. Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Beh Therapy* 1989;20:3-23.
17. Mattick RP, Peters L. Treatment of severe social phobia: effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *J Cons Clin Psychol* 1988;56:251-60.
18. Mersch PPA. The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Beh Res Ther* 1995;33:259-69.
19. Shaw P. A comparison of three behaviour therapies in the treatment of social phobia. *Br J Psychiatry* 1979;134:620-3.
20. Mersch PPA. The behavioural and cognitive therapy for social phobia. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
21. Wlazlo Z, Schroeder-Hartwig K, Hand I, et al. Exposure in vivo vs social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. *Beh Res Ther* 1990;28:181-93.
22. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing HA. Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
23. Scholing HA, Emmelkamp PMG. Sociale fobie en sociale angst: uitvoering van de behandeling. *Directieve Therapie* 1992;12:62-90.
24. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996;27:1-9.

2x bijsluiter

pag 135

adv Meda Pharma Aldara fc

LEERZAME ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Een man met een harde streng op de penis

C.B. Vos, J. Toonstra

INLEIDING

Scleroserende lymphangitis van de penis is een zeldzame benigne aandoening van de penis, die zich kenmerkt door het acuut optreden van een strengvormige harde verdikking proximaal van de sulcus coronarius. We beschrijven een patiënt met een klassiek beeld van scleroserende lymphangitis van de penis.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 36-jarige man presenteerde zich op de polikliniek in verband met een verharde strengvormige laesie ter hoogte van de sulcus coronarius. De afwijking bestond sinds enkele weken. Hierbij had de patiënt een recidiverende uitslag op de glans penis, die verbeterde met miconazolcrème.

Dermatologisch onderzoek

Bij dermatologisch onderzoek werd gering oedeem van het preputium gezien. Proximaal van de sulcus coronarius was een, grotendeels circulaire, fibrotische streng waar te nemen (figuur 1). De penisschacht toonde ook een fibrotische streng (figuur 2). Op de glans penis werd een aantal puntvormige erythemateuze laesies gezien. Er was geen écoulement aanwezig.

Diagnose

Op basis van anamnese en kliniek werd de diagnose scleroserende lymphangitis van de penis gesteld. De glans toonde een geringe balanitis.

Beleid

Scleroserende lymphangitis verdwijnt spontaan binnen twee maanden en behoeft daarom geen therapie. Wel is patiënt gerustgesteld. Voor de balanitis werd ciclopirox-crème geadviseerd.

Samenvatting

Een 36-jarige man presenteerde zich met een verharde, deels circulaire streng op de penis, proximaal van de sulcus coronarius. Klinisch past dit beeld bij scleroserende lymphangitis van de penis. Scleroserende lymphangitis van de penis is een zeldzame benigne aandoening van de penis, waarbij er sprake is van een acuut optredende geïndureerde streng, die proximaal van en parallel aan de sulcus coronarius van de penis loopt. De etiologie is niet geheel bekend, maar mechanisch trauma en infectie spelen waarschijnlijk een rol bij het ontstaan. De laesie verdwijnt binnen enkele weken tot maanden spontaan, zodat geen therapie nodig is.

Summary

A 36-year-old male presented with a firm, partly circular, cord around the penis proximal to the sulcus coronarius. He was diagnosed as having sclerosing lymphangitis of the penis. Sclerosing lymphangitis of the penis is a rare benign condition of the penis, consisting of a indurated cord-like lesion proximal and parallel to the sulcus coronarius of the penis. The cause is not clear, but mechanical trauma and infection play probably a role in the development of this entity. The lesion resolves spontaneously within a few weeks to months. No specific therapy is required.

scleroserende lymphangitis van de penis

sclerosing lymphangitis of the penis

BESPREKING

Scleroserende lymphangitis (SL) van de penis is een zeldzame benigne aandoening.^{1,2,3,4,7} Het betreft een acute ontsteking van langs de sulcus coronarius gelegen lymfevaten.²

Het is voor het eerst beschreven door Hoffman in 1923 onder de naam 'simulation of primary syphilis by gonorrheal lymphangitis'/'gonorrhoeal pseudochancere'.^{1,3} In 1938 is dit, vanwege het niet-venerische karakter, veranderd in 'non-venereal plastic lymphangitis of the coronal sulcus of the penis with circumscribed edema'.^{1,2,3} In de literatuur wordt het heden ten dage met verschillende namen aangegeven; 'non-venereal sclerosing lymphangitis of the penis', 'circular indurated lymphangitis of the penis', 'benigne transient lymphangiectasis of the

Correspondentieadres:

Drs. C.B. Vos, Afdeling Dermatologie (interne huispostnummer L00.509),
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Heidelberglaan 100, Postbus 85500,
3508 GA Utrecht, E-mail: c.b.vos-3@umcutrecht.nl.



Figuur 1. Circulair verlopende streng proximaal van de sulcus coronarius.



Figuur 2. Fibrotische streng op penisschacht.

penis'.^{1,2,7} De leeftijd van optreden ligt tussen de twintig en veertig jaar.^{1,3,7} Het betreft voornamelijk Kaukasische heteroseksuele mannen.⁷

De epidemiologie is onbekend, maar waarschijnlijk is er, gezien het 'self-limiting' en pijnloze aspect van de aandoening, sprake van een onderschatting van het aantal.^{1,7}

De etiologie is onbekend, maar de volgende oorzaken worden beschreven: 1) mechanisch trauma en irritatie, waaronder recent overmatig seksueel contact, masturbatie, menstrueel bloed en circumcisie of 2) infectie, waaronder herpes simplex virus, tuberculose, lues, condylomata acuminata en urethritis op basis van *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis*.^{1,3,4,5,7}

Waarschijnlijk leidt een trauma tot obstructie van de grote lymfevaten; vervolgens zou de laesie ontstaan.^{4,7} Bij circumcisie zou na trauma, in verband met een gestoorde lymfatische drainage, een verhoogde kans hierop bestaan.⁷

Klinisch is er sprake van een acuut optredende, circulair verlopende, strengvormige geïndureerde zwelling proximaal van en parallel aan de sulcus coronarius.^{2,4,6,7} De transparante huidkleurige zwelling heeft een -'kraakbeenachtige'- consistentie, en kan wisselen in grootte.^{1,3,4,7} Soms is er uitbreiding naar de dorsale lymfevaten.^{2,4,6} De huid is mobiel en er zijn geen ulceraties of erosies waar te nemen.¹ De afwijking geeft vaak geen klachten; zelden is er pijn, met name bij erectie.^{1,7} De laesie kan worden voorafgegaan door oedeem van het preputium.^{3,6}

Histopathologisch wordt sclerose en hypertrofie van de wanden van de lymfevaten met milde inflammatoire cellulaire infiltratie gezien.^{1,3,5,6} Soms is er sprake van complete occlusie van het lumen van het lymfevat door een fibrine trombus.^{1,3,6} Later kan rekanalisatie en fibrosing van de wanden als gevolg van hyperplasie van gladde spiercellen en fibroblasten worden gezien.⁶ Het betreft alleen fibrosing van de tunica media, omdat de tunica intima van de lymfatische collecterende vaten alleen bestaat uit een endotheellaag.⁶

Binnen de fibrinetrombus zijn in de endotheelcellen vacuoli te zien; dit is waarschijnlijk de eerste stap in de vorming van een lymfecapillair lumen.⁶ De verdikte vaatwanden zijn tekenen van remodellering van collageen.⁶

Stasis van lymfe wordt als provocerende factor genoemd voor de dilatatie en verdikking van het aangedane collecterende lymfevat.⁶ Het blijft echter onduidelijk wat er eerst komt: 1) een trombus, die lymfostase door occlusie veroorzaakt of 2) functionele lymfostase, hetgeen leidt tot secundaire trombose.⁶

De aandoening verdwijnt gemiddeld na 30-60 dagen (vijf maanden is echter beschreven⁷) en behoeft dus geen therapie.^{1,3,4,7} Geruststelling is het belangrijkste.⁴ Aangezien circa 25% van de patiënten mogelijk een relatie heeft met ongecompliceerde gonorrhoe, niet-specifieke urethritis en een positieve TPHA, is screening op een seksueel overdraagbare aandoening, zeker bij écoulement, aan te bevelen.¹ Aangezien door ons beschreven patiënt geen andere klachten had, is geen aanvullend onderzoek verricht.

Ondanks het 'self-limiting' karakter zijn verschillende therapieën beschreven: antivirale therapie met N¹N¹ anhydrobis-[B-hydroxyethyl] biguanide hydrochloride, tetracycline (in verband met associatie met *Chlamydia-urethritis*), corticosteroiden, kompressen, zilvernitraat, diathermie en onthouding van seksueel contact gedurende enkele weken.^{3,7} Na een tetracyclinekuur zou, in het geval van *Chlamydia-urethritis*, de laesie binnen twee weken verdwenen zijn.⁵ Ten slotte is chirurgisch interventie beschreven bij persisterende laesies.^{4,7}

LITERATUUR

1. Rosen T, Hwong H. Sclerosing lymphangitis of the penis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:916-8.
2. Neering H, Starink Th. Scleroserende lymphangitis van de penis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1977;121:1597-8.
3. Gharpuray MB, Tolat SN. Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis. *Cutis* 1991;47:421-2.
4. Siunarine K. Non-venereal sclerosing lymphangitis of the penis associated with masturbation. *Br J Urol* 1987;59:194-5.
5. Kristensen JK, Scheibel J. Sclerosing lymphangitis of the penis: a possible *Chlamydia* aetiology. *Acta Derm Venereol* 1981;61:455-6.
6. Marsch WC, Stüttgen G. Sclerosing lymphangitis of the penis: a lymphangiofibrosis thrombotica occlusive. *Br J Dermatol* 1981;104:687-95.
7. Hutchins P, Dunlop EM, Rodin P. Benign transient lymphangiectasis (sclerosing lymphangitis) of the penis. *Br J Vener Dis* 1977;53:379-85.

pag 138

adv Schering Plough Remicade fc

RICHTLIJNEN

Hoe staat het met de kwaliteit van richtlijnen?

Bespreking van de richtlijn 'Vitiligo'

S. Konijn-den Hengst, J.J.E. van Everdingen

In de rubriek "Richtlijnen" is er ruimte voor bespreking van nieuwe dermatologische richtlijnen of evaluatie van reeds voorhanden zijnde richtlijnen en hun toepasbaarheid in de praktijk. Daarnaast vragen wij ons af hoe het met de methodologische kwaliteit van onze richtlijnen gesteld is. Dit vereist een bepaalde aanpak van beoordeling, die wij hierna zullen bespreken. Deze rubriek is mede bedoeld om meer aandacht te vestigen op dermatologische richtlijnen en hun betekenis voor andere kwaliteitsbevorderende activiteiten, zoals opleiding, nascholing, patiëntenvoorlichting, visitatie e.d.

In de dermatologie zijn sinds 2001 een 13-tal klinische richtlijnen tot ontwikkeling gekomen. Een klinische richtlijn is een middel om goede zorg in de praktijk te ondersteunen en om effectievere en betere patiëntenzorg te leveren. Wil een klinische richtlijn bruikbaar zijn, dan moet deze aan bepaalde eisen voldoen. In de eerste plaats dienen de inhoud en de kwaliteit van het ondersteunende wetenschappelijk bewijsmateriaal, waarop conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd, zowel intern als extern valide te zijn. Daarnaast dient de gehanteerde systematiek bij het tot stand komen van de richtlijn beoordeeld te worden. Hiervoor is een internationale methodologie ontwikkeld: het AGREE (Appraisal of Guidelines for REsearch and Evaluation) Instrument (te downloaden vanaf www.cbo.nl). Dit biedt een systematisch kader uitgaande van 23 items onderverdeeld in zes theoretische kwaliteitsdomeinen (tabel 1). Per item kan op een vierpuntsschaal gescoord worden en eenvoudig kunnen domeinscores berekend worden. Hieruit volgt vervolgens een algemeen eindoordeel over de kwaliteit van de richtlijn, samengevat in sterk/niet/onder voorwaarden aan te bevelen richtlijn. Verder is het van groot belang dat de richtlijn in de dagelijkse praktijk goed uitvoerbaar is.

Als eerste hebben we de in 2006 verschenen Richtlijn Vitiligo (te downloaden vanaf www.cbo.nl) onder de loep genomen volgens het AGREE Instrument.

De eerste indruk van deze richtlijn is dat veel aandacht is besteed aan de verantwoording en uitleg in

de verschillende (inleidende) hoofdstukken. De conclusies van de wetenschappelijke onderbouwingen van de literatuurgegevens evenals de aanbevelingen zijn per hoofdstuk overzichtelijk samengevat in kaders. Overigens zijn maar weinig gerandomiseerde klinische onderzoeken bij vitiligo uitgevoerd en derhalve zijn er geen conclusies van het hoogste niveau. Voor gebruik in de praktijk is het laatste hoofdstuk een bondige samenvatting van de aanbevelingen met een eenvoudig te volgen stroomdiagram.

De eerste domeinscore in het AGREE Instrument (drie items) betreft vaststelling van specifieke omschrijvingen van het doel, de klinische vragen en de patiëntenpopulatie waarop de richtlijn betrekking heeft. Dit wordt helder uiteengezet in hoofdstuk 1 "Verantwoording en Doelstelling", met als kanttekening dat bij de omschrijving van de doelstelling niet wordt vermeld wat de te verwachten gezondheidswinst is van deze richtlijn. Wel wordt verderop in de tekst duidelijk dat er opvallend weinig bekend is over het natuurlijk beloop van vitiligo, terwijl het toch om een zeer veel voorkomende aandoening gaat, waarvoor meestal geen behandeling wordt ingesteld (86% van de Nederlandse dermatologen adviseert het natuurlijk beloop af te wachten). Dat de gezondheidswinst pover is, blijkt ook verderop in de tekst. Waar over succespercentage wordt gesproken, wordt altijd het percentage patiënten bedoeld bij wie >75% repigmentatie optrad (dat kan nog altijd een tegenvallend resultaat zijn). Bij behandelresultaten van 30-60% (corticosteroiden en lichttherapie) is de gezondheidswinst dus eigenlijk gering, zeker als de repigmentatie lang op zich laat wachten en het resultaat niet blijvend is.

Tevens is in dit hoofdstuk niet duidelijk hoe in de patiëntenpopulatie kinderen zijn ondergebracht, hoewel daarover verderop in de richtlijn wel specifiek melding van wordt gemaakt als een aparte subpopulatie.

De tweede domeinscore (4 items) heeft betrekking op betrokkenheid van belanghebbenden. Wat bij dit punt opvallend is, dat er in de richtlijn een bijlage is gevoegd, die de mening van de Landelijke Vereniging van Vitiligo-Patiënten verwoordt, maar die geen becommentariëring op de inhoud van deze richtlijn lijkt te hebben. Er zijn daarnaast geen studies voorhanden waarin de patiënttevredenheid van de verschillende behandelingen goed met elkaar zijn vergeleken.

Correspondentieadres:

S. Konijn-den Hengst, Afd. Dermatologie, Erasmus Medisch Centrum, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam, E-mail: s.konijn-denhengst@erasmusmc.nl.

De volgende domeinscore levert 7 items op waarbij nauwgezet de methodologische systematiek is uiteengezet. Een kritische vraag kan gesteld worden of de richtlijn voor publicatie door externe experts is beoordeeld. De richtlijn doet vermoeden dat die *externe experts* dezelfde groep is als de *beoogde gebruikers*.

Ook de vierde domeinscore (4 items) over helderheid en presentatie zijn van voldoende kwaliteit te noemen, ondanks de beperkingen die voortvloeien uit het feit dat de meeste conclusies van een niveau 2 of 3 zijn. In hoofdstuk 3 tot en met 6 worden de diagnostiek en verschillende beleidsopties van vitiligo besproken. Bijna alle aanbevelin-

gen zijn ondubbelzinnig verwoord en van de verschillende therapeutische opties zijn punten als werking, effectiviteit, bijwerkingen en voor- en nadelen beschreven.

De vijfde domeinscore (3 items) over toepasbaarheid scoort wat minder goed. Zo wordt alleen het kostenaspect van de chirurgische behandeltechnieken kort aangestipt en voor de overige behandelmodaliteiten wordt hier niet op in gegaan. Toetsingscriteria die aangeven of de richtlijn wordt gevolgd zijn niet overzichtelijk en duidelijk opgesteld. Het stroomdiagram in het laatste hoofdstuk kan hier wellicht uitkomst bieden.

In de laatste domeinscore (2 items) wordt de onafhankelijkheid van de opstellers aan de orde gebracht. De Richtlijn Vitiligo maakt nergens melding van conflicterende belangen van de leden van de werkgroep. Behoudens de vermelding dat er een startsubsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor richtlijnontwikkeling in zijn algemeenheid binnen onze vereniging is ontvangen, wordt niet expliciet vermeld onder welke voorwaarden deze subsidie kon worden gebruikt.

Samenvattend kan de Richtlijn Vitiligo, zonder dat wij uitgebreid zijn ingegaan op de inhoud van deze richtlijn, als een kwalitatief goede klinische richtlijn beschouwd worden, waarbij vooral de systematische methodologie, helderheid en doelstelling goed zijn beschreven. De toepasbaarheid van deze richtlijn in de dagelijkse praktijk kan echter betwijfeld worden, aangezien de wetenschappelijke bewijsvoeringen minder valide zijn. De studies naar foterapie zijn alle van matige kwaliteit en de succespercentages zijn eveneens matig te noemen (bij 50% van de behandelde patiënten repigmentatie van 75% van de vitiligoplekken; bij acrale laesies slechter tot geen resultaat te verwachten). Daarnaast zijn de langetermijnresultaten niet goed onderzocht noch de carcinogene effecten van deze therapieën met cumulatief hoge doses UV-straling. Het is opmerkelijk dat desondanks door de werkgroep foterapie wordt geadviseerd voor vitiligo vulgaris en acrofacialis. Voorts wordt voor een grote groep vitiligopatiënten een chirurgisch behandeladvies gegeven, welke expertise bij slechts weinig dermatologen aanwezig is. Het zou elegant zijn als bij herziening van de richtlijn - de richtlijn meldt expliciet dat deze een geldigheidsduur heeft van drie jaar, dus tot en met 2008 - meer aandacht zou worden besteed aan toetsing en evaluatie door de gebruikers (dermatologen) en patiënten (vertegenwoordigers LVVP). Wij vragen ons bijvoorbeeld af of vitiligopatiënten, die volgens deze richtlijn in aanmerking komen voor een chirurgische interventie, daadwerkelijk deze behandeling krijgen aangeboden al dan niet in een gespecialiseerd centrum. Verder is een kosten-batenanalyse of op zijn minst duidelijke vermelding van kostenimplicaties onontbeerlijk voor een aanbeveling over therapeutische opties. Tot slot dienen eventueel conflicterende belangen en financierende instanties gemeld te worden.

Tabel 1. AGREE Instrument.

ONDERWERP EN DOEL

1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.
2. De klinische vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.
3. De patiëntenpopulatie waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.

BETROKKENHEID BELANGHEBBENDEN

4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.
5. Het perspectief en de voorkeuren van patiënten zijn nagegaan.
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.
7. De richtlijn is getest onder de beoogde gebruikers.

METHODOLOGIE

8. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
9. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijke bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven.
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven.
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

HELDERHEID EN PRESENTATIE

15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.
18. De toepassing van de richtlijn wordt ondersteund met hulpmiddelen.

TOEPASSING

19. De mogelijke organisatorische belemmeringen bij het toepassen van de aanbevelingen zijn besproken.
20. De mogelijke kostenimplicaties van het toepassen van de aanbevelingen zijn overwogen.
21. De richtlijn geeft de belangrijkste criteria om na te gaan en te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.

ONAFHANKELIJKHEID VAN BELANGHEBBENDEN

22. De richtlijn is niet beïnvloed door de opvattingen of belangen van de financierende instantie.
23. Conflicterende belangen van leden van de werkgroep zijn vastgelegd.

pag 141

adv Roche Possay fc

Evaluatie nascholingen Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie

V.C.M. Kuck-Koot, C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen

In juni 2005 heeft de ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) het besluit genomen tot de benoeming van een nieuwe Commissie Bij- en Nascholing (naderhand omgedoopt tot de Commissie Nascholing) met het doel een nieuw nascholingsbeleid ten uitvoer te brengen.

Het door de NVDV geaccordeerde nascholingsbeleid omvat onder andere een tweedaagse nascholing, waarin richtlijnen van de vereniging aan de orde worden gesteld, en het aanbieden van het cursorisch onderwijs voor AOIS aan dermatologen.

Inmiddels hebben twee nascholingsbijeenkomsten plaatsgevonden op initiatief van de Commissie Nascholing, namelijk de nascholingscursus op 16 en 17 november 2006 te Amsterdam en de cursus Genodermatosen op 19 januari 2007 te Ede. Tijdens deze bijeenkomsten werden de deelnemers verzocht evaluatieformulieren in te vullen.

De evaluatieformulieren zijn bedoeld als meetinstrument voor de kwaliteit van afzonderlijke presentaties en voor de dag(en) als geheel. We kennen vaak de samengevoegde resultaten van de ingevulde formulieren niet. Deze informatie blijft meestal bij de organisatoren van het congres, symposium of de nascholing. Toch lijkt het ons interessante informatie om verenigingsbreed te delen. Transparantie is een belangrijk gereedschap voor goede samenwerking en kwaliteitsverbetering. Bovendien kan de hieronder gepresenteerde informatie een stimulans zijn voor het invullen van formulieren die u nog gaat tegenkomen.

NASCHOLING CONSTITUTIONEEL ECZEEM, 16 NOVEMBER 2006

Voor de nascholing in Amsterdam schreven zich 333 deelnemers in (tabel 1). Alle deelnemers hebben een evaluatieformulier ontvangen. Aan het begin en het einde

van de dag werd gevraagd het evaluatieformulier in te vullen. In ruil voor een ingevuld evaluatieformulier werd door de congresorganisatie een bewijs van deelname uitgereikt. In totaal zijn 236 formulieren ontvangen (71%), waarvan 204 formulieren volledig waren ingevuld.

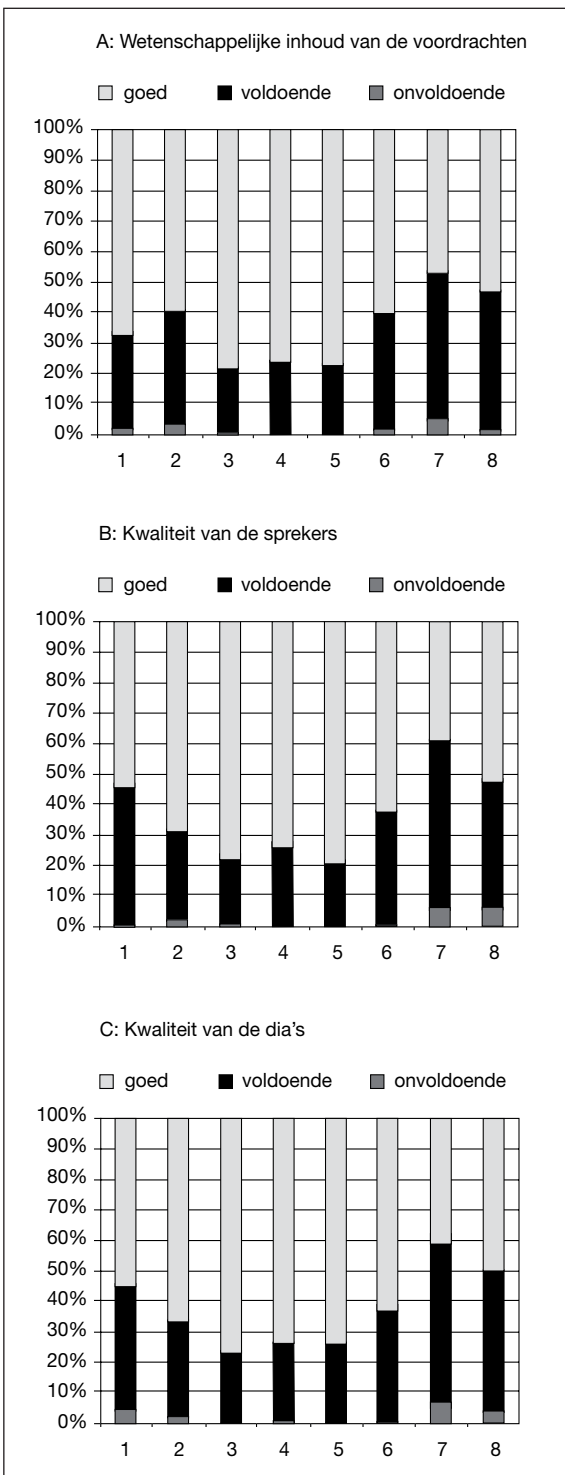
Bij de opzet van het evaluatieformulier werd onderscheid gemaakt tussen wetenschappelijke inhoud van de voordracht, kwaliteit van de spreker en kwaliteit van de diapresentatie. Ook werd een eindoordeel over de dag als geheel gevraagd en bestond er ruimte voor opmerkingen. Er werd gebruik gemaakt van een driepuntschaal: onvoldoende, voldoende en goed.

Het oordeel over de wetenschappelijke inhoud van de presentaties was goed. Slechts 2 voordrachten werden meer dan drie keer als onvoldoende beoordeeld. Alle voordrachten, behalve 1, werden door meer dan 60% van de deelnemers als 'wetenschappelijk goed' beoordeeld (figuur 1a). Een zelfde beeld ontstaat na evaluatie van de kwaliteit van de sprekers en kwaliteit van de dia's (figuur 1b en 1c). De voordrachten 3, 4 en 5 werden op alle onderdelen het beste beoordeeld. Voor 60% van de deelnemers voldeed de dag goed aan zijn of haar verwachtingen. Veel opmerkingen werden genoteerd, enkele wensen werden meer dan 1 keer geuit: 'meer discussie', 'meer praktijk' en 'meer psychosociale aspecten'.

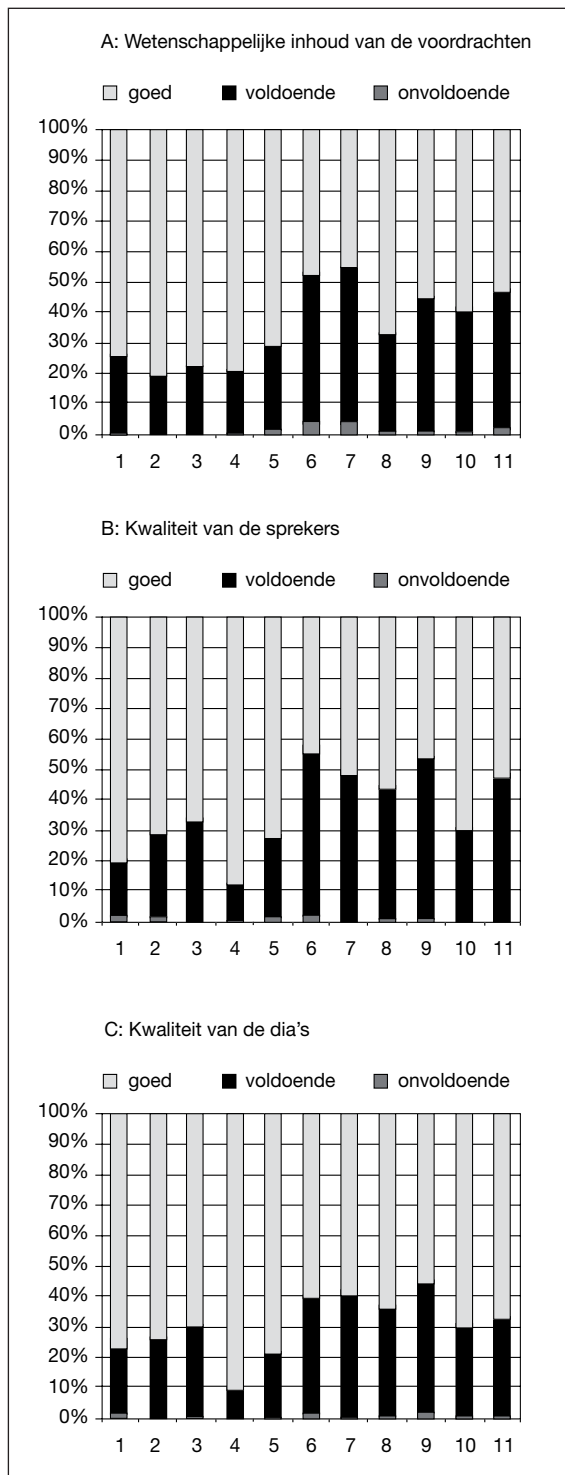
NASCHOLING PLAVEISELCEL CARCINOOM, 17 NOVEMBER 2006

Het was niet mogelijk om slechts voor één van de twee nascholingsdagen in Amsterdam in te schrijven. Daarom was het deelnemersbestand voor 16 en 17 november gelijk. Nu werden 219 evaluatieformulieren ontvangen (94%), 95 formulieren waren volledig ingevuld. De formulieren kwamen voor wat betreft de opzet en de vragen geheel overeen met de formulieren van 16 november. Na de theepauze nam het aantal deelnemers af met ongeveer de helft. Dit concludeerden wij uit het feit dat voordrachten 9, 10 en 11 door velen niet zijn beoordeeld.

De resultaten zijn min of meer vergelijkbaar met die van de dag ervoor. Zeven van de 11 voordrachten werden door minimaal 60% van de deelnemers als 'weten-



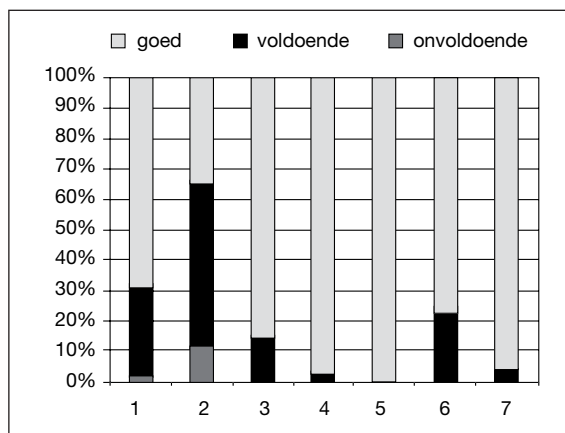
Figuur 1. Beoordelingen op 16 november 2006, voordracht 1 tot en met 8: constitutioneel eczeem.



Figuur 2. Beoordelingen op 17 november 2006: plaveiselcelcarcinoom.

schappelijk goed' beoordeeld. Vier voordrachten werden enkele malen als 'wetenschappelijk onvoldoende' beoordeeld (3- tot 9-maal; figuur 2a). Opnieuw ontstaat ongeveer een zelfde beeld na evaluatie van de kwaliteit van de sprekers en kwaliteit van de dia's (figuur 2b en 2c). De goede beoordeling van voordracht 4 valt op. Ruim de helft van de deelnemers vond de dag goed aan zijn of haar verwachtingen voldoen. Niemand beoordeelde

de dag op dit punt als 'onvoldoende'. De genoteerde opmerkingen liepen uiteen. Verschillende keren werd gevraagd om in de toekomst een richtlijn voor diagnostiek en behandeling van het plaveiselcelcarcinoom te maken en werd gevraagd om meer bespreking van de richtlijnen opgesteld door andere landen. Ook deze dag werd gevraagd om (nog) meer discussie. De stemkastjes werden positief gewaardeerd.



Figuur 3. Beoordeling wetenschappelijke inhoud van de 7 voordrachten op 19 januari 2006: genodermatosen.

Tabel 1. Overzicht deelnemers 16 en 17 november 2006.

Functie	Aantal (%)
Dermatoloog	188 (56)
AIOS-dermatologie	32 (10)
Agno	7 (2)
Patholoog	1 (<1)
Arts-onderzoeker	1 (<1)
Nurse practitioner	1 (<1)
Immunoloog	1 (<1)
Niet ingevuld	102 (31)
Totaal	333 (100)

NASCHOLING GENODERMATOSEN, 19 JANUARI 2007

Ten slotte een kort bericht over de nascholingsdag in Ede. De formulieren die werden gebruikt voor de evaluatie van hierboven besproken nascholingsdagen, werden ook gebruikt voor evaluatie van deze dag. 58 Deelnemers schreven zich in. De nascholingsorganisatie ontving 45 formulieren (76%), 36 daarvan waren volledig ingevuld. Er ontstond een ander plaatje van deze dag in vergelijking met de plaatjes die gemaakt werden aan de hand van de formulieren ingevuld op 16 en 17 november 2006 (figuur 3). Een grotere spreiding in de beoordelingen is zichtbaar. Omdat de resultaten op de verschillende

onderdelen (wetenschappelijke inhoud, kwaliteit sprekers en kwaliteit diapresentatie) vrijwel overeenkwamen, zijn zij hier niet in aparte figuren weergegeven. Voordracht 2 werd op alle onderdelen het minst goed beoordeeld. Voordracht 5 werd op alle onderdelen, op alle ingevulde formulieren, als 'goed' beoordeeld. De dag als geheel voldeed prima aan een ieders verwachtingen; 88% vond de wetenschappelijke inhoud als geheel 'goed' aan de verwachtingen voldoen, de kwaliteit van de sprekers en diapresentaties voldeden bij 97% van de beoordelaars 'goed'. Op deze dag werden minder opmerkingen gemaakt. Als belangrijkste item kwam naar voren dat de syllabus onvoldoende aansloot bij de dag.

BESPREKING

Uit bovenstaande blijkt dat het merendeel van de deelnemers aan de nascholingsdagen tevreden zijn over de kwaliteit van de dagen. Het lijkt overbodig om bij de beoordeling van de verschillende voordrachten een onderverdeling te maken in wetenschappelijke inhoud, kwaliteit sprekers en kwaliteit diapresentatie. De resultaten voor alle voordrachten komen namelijk sterk overeen, wanneer deze drie aspecten naast elkaar gehouden worden.

De ruimte voor opmerkingen en suggesties werd goed benut. Op deze plek kwamen ook meer praktische punten duidelijk aan de orde. Er bleken voor- en tegenstanders van de afwezigheid van de industriesponsoring. Bij herhaling werd gevraagd om inschrijving voor verschillende nascholingsdagen los van elkaar mogelijk te maken. Ook werd meer dan eens gevraagd of een betere spreiding van de nascholingsdagen door het jaar heen mogelijk was. Discussie en interactieve onderdelen in de voordrachten hebben veel waardering gekregen. Elke dag stond geheel in het teken van één onderwerp; enkele malen werd hier expliciet een positieve opmerking over gemaakt. Er was grote vraag naar een syllabus, cd-rom of handouts van de voordrachten. Ten slotte is opnieuw bewezen dat het op vrijdagmiddag lastig is om luisteraars in de zaal te houden.

Samenvattend, deelnemers van recente nascholingsdagen hebben deze dagen positief ervaren. De kwaliteit van de dagen bleek groot.

(Vervolg van pagina 148.)

- Stolz E, Ong L, Van Joost T, et al. Treatment of non-complicated urogenital, rectal and oropharyngeal gonorrhoea with intramuscular cefotaxime 1.0 g or cefuroxime 1.5 g. *J Antimicrob Chemother* 1984;14, Suppl B: 295-9.
- Fruchtman Y, Greenberg D, Shany E, et al. Ophthalmia neonatorum caused by multidrug-resistant *Neisseria gonorrhoeae*. *Isr Med Assoc J* 2004;6:180-1.
- Isenberg SJ, Apt L, Del Signore M, et al. A double application approach to ophthalmia neonatorum prophylaxis. *Br J Ophthalmol* 2003;87:1437.
- BASHH. National guideline on the management of gonorrhoea in adults. UK, 2005. Website: www.soaids.nl/professionals/richtlijnen_internationaal.
- Bignell CJ. BASHH guideline for gonorrhoea. *Sex Transm Inf* 2004;80:330-1.

NVDV-Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA): toelichting bij herzieningen

Herzieningen anno 2002, 2003, 2004 en 2006 van de Korte Samenvatting van de NVDV-Richtlijn SOA

SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep NVDV

In 1997 werden door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie Richtlijnen voor de diagnostiek en therapie van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) gepubliceerd. Deze richtlijnen, die geaccordeerd waren door de Algemene Ledenvergadering van de NVDV verschenen als boekje met daarin een losse geplastificeerde kaart voorzien van een korte samenvatting. De richtlijnen waren een initiatief van de SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep van de NVDV en verschenen mede onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. De redactie bestond uit 4 dermatologen, 4 gynaecologen en 2 medische microbiologen. Voorzitter van de redactie was P.C. van Voorst Vader. De volledige Richtlijnen en de korte samenvatting werden geplaatst op de website van de Stichting SOA-bestrijding in Utrecht (www.soa.nl), waar onder de kop "professionals" niet alleen de Nederlandse SOA-Richtlijnen (Nederlandstalige en Engelstalige versies) te vinden zijn, maar ook de Europese, de Amerikaanse en de Engelse versies. De NVDV SOA-Richtlijnen 1997 waren ook te vinden op de website van de NVDV (SOA-Commissie), die uitsluitend voor dermatologen (i.o.) toegankelijk was. In 2007 werd binnen de NVDV ter vervanging van de SOA Commissie de Domeingroep SOA opgericht (samenstelling nog niet definitief bepaald), en zijn de laatste versies van de SOA Richtlijnen als documenten van de Domeingroep SOA voor NVDV leden op de NVDV website te vinden (www.huidarts.info).

HERZIENING ANNO 2002 VAN DE KORTE SAMENVATTING VAN DE NVDV SOA-RICHTLIJNEN

In 2002 verscheen een herziening van de multidisciplinaire CBO-Consensus SOA en Herpes Neonatorum,

een boekje waarin als losse geplastificeerde kaart ook een CBO-SOA-Richtlijn in de stijl van de korte samenvatting van de NVDV SOA-Richtlijnen werd opgenomen. De CBO consensustekst en de CBO SOA Richtlijn (korte samenvatting) zijn te vinden op www.soa.nl.

Begin 2002 heeft de SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep van de NVDV in het SOA-bulletin een update gepubliceerd van de korte samenvatting van de SOA-Richtlijnen 1997 (overgenomen op www.soa.nl), waarbij de korte samenvattingen van de SOA-Richtlijnen van de NVDV en het CBO op elkaar afgestemd werden.¹ Wel vermeld in de korte samenvatting van de SOA-Richtlijnen van de NVDV en niet in die van het CBO zijn: epididymitis, bacteriële vaginose, candidose vaginallis, ulcus molle, pediculosis pubis/capitis.

WAT WERD ANNO 2002 VERANDERD IN DE KORTE SAMENVATTING VAN DE NVDV SOA-RICHTLIJNEN?

In de korte samenvatting anno 2002 werden ten opzichte van de richtlijnen uit 1997 de volgende veranderingen aangebracht:

- HIV-test: het interval voor een test na een risicocontact is verkort van 6 naar 3 maanden;
- Urethritis en/of cervicitis e.c.i.: bij "syndromic management" bij de eerste visite worden *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis* nu gelijktijdig behandeld (geen tijdsinterval meer tussen de twee soorten medicatie);
- Chlamydia*-infectie bij zwangeren: behandeling met amoxicilline;
- PID-behandeling: geen doxycycline, maar ofloxacin (+ metronidazol);
- Fluor vaginalis: metronidazol wordt ontraden in het 1ste trimester van de zwangerschap;
- Condylomenbehandeling: imiquimod toegevoegd;
- Herpes genitalis: valaciclovir bij recidief 3-5 dagen i.p.v. 5 dagen; additioneel: waterbaden;
- HBV-infectie: lijst indicaties voor vaccinatie toegevoegd (landelijk project via de GGD);
- Pediculosis capitis: toegevoegd is additionele behandeling met de luizenkam;
- Syfilis: de behandeling van vroege syfilis (LI, LII, lues latens <1 jaar tevoren geacquireerd) is nu Penidural®

SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep NVDV, samenstelling anno 2006:
 P.C. van Voorst Vader (Groningen, hoofdredacteur SOA Richtlijnen),
 W.I. van der Meijden (Rotterdam, voorzitter SOA Commissie/SOA Kernwerkgroep),
 V. Sigurdsson (Utrecht), H.J.C. de Vries (Amsterdam), E.J.M. van Leent
 (Amsterdam), C.J.M. van der Vleuten (Nijmegen), C.J.M. Henquet (Maastricht),
 A. Notowicz (Den Haag), A. Stouthamer (Den Haag)
 Correspondentie-adres: Dr. P.C. van Voorst Vader, Afdeling Dermatologie, UMCG
 Groningen, e-mail: p.c.van.voorst.vader@derm.umcg.nl

2,4 mE i.m. alleen op dag 1 (niet meer op dagen 1, 8 en 15), ook bij HIV-positieve patiënten. Een mogelijkheid om de pijn bij de injectie te verminderen is om 1,2 mE Penidural®-poeder op te lossen in circa 1,6 ml fysiologisch zout en circa 2 ml lidocaïne 20 mg/ml zonder adrenaline daaraan toe te voegen.

HERZIENING KORTE SAMENVATTING ANNO 2003: THERAPIE VAN ONGECompliceerde *N. GONORRHOEAE*-INFECTIES

September 2003 publiceerde de SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep opnieuw een update en wel van één onderdeel van de korte samenvatting anno 2002 van de NVDV SOA-Richtlijn, namelijk de behandeling van gonorrhoe. Die update werd met toelichtende tekst geplaatst op de website (www.soa.nl) van de Stichting SOA-bestrijding (thans: SOA Aids Nederland) en op de NVDV-website en gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie.² Die update werd gemaakt omdat ceftriaxon-ampullen à 250 mg voor intramusculaire therapie in Nederland van de markt zijn gehaald (de ampullen à 1000 mg voor i.m. toediening bleven verkrijgbaar) en vanwege de toenemende resistentie van *N. gonorrhoeae* voor (fluoro)chinolonen (Engelse nomenclatuur: quinolonen) in Europa, zij het nog nauwelijks in Nederland.³⁻⁷ De commissie adviseerde als eerste keus i.m. therapie met cefotaxim (een cefalosporine, net als ceftriaxon), dat in de Europese en Amerikaanse SOA-Richtlijnen als eerste keus bij de behandeling van gedissemineerde gonorrhoe wordt genoemd. Omdat cefotaxim een kortere halfwaardetijd heeft dan ceftriaxon, is de dosering hoger.⁸ Als tweede keus werd nog ciprofloxacine 500 mg per os genoemd, waarbij gewaarschuwd werd voor chinolonresistentie, en als alternatieve tweede keuze 2 gram azitromycine per os, waarbij gewaarschuwd werd voor de frequent optredende bijwerking misselijkheid (ernstig bij circa 3% van de patiënten).

HERZIENING KORTE SAMENVATTING ANNO 2004: THERAPIE VAN ONGECompliceerde *N. GONORRHOEAE*-INFECTIES*

In Nederland werd in 2003 en 2004 in toenemende mate chinolon-resistentie van *N. gonorrhoeae* waargenomen. In 2003 werd op de SOA-polikliniek van de GG&GD in

Amsterdam quinolon-resistente *N. gonorrhoeae* (QRNG) gevonden bij 10,5% van de homoseksuele mannen, bij 3,4% van de heteroseksuele mannen en bij 0% van de vrouwen.⁹ In 2004 werd bij circa 15% van de mannen en bij circa 10% van de vrouwen QRNG gevonden.¹⁰ In de eerste helft van 2004 bleek op de SOA-polikliniek van het UMCU (Utrecht) bij 33% van een beperkt aantal isolaten sprake van QRNG, in het derde kwartaal bij 40%.¹¹ Analyse door het RIVM van landelijke gegevens laat een prevalentie zien van 9% in 2003 (t/m november), met geografische verschillen in de frequentie van QRNG (range 5-22%).¹² Landelijk wordt thans het gebruik van oraal ciprofloxacine (of een ander chinolon) bij de behandeling van gonorrhoe afgeraden. Cefalosporine-resistentie is niet beschreven, wel verminderde gevoeligheid (voor het orale cefalosporine cefixim), tot nu toe alleen in de VS (Hawaiï) en Japan, mogelijk recent ook in Rusland.¹²⁻¹⁴ Aan standaardtherapie bij gonorrhoe wordt als eis gesteld, dat het effectief is bij >95% van de patiënten.^{15,16}

Eerste keus bij de behandeling van ongecompliceerde anogenitale gonorrhoe blijft thans in Nederland, net als in 2003, een intramusculair toegediend derde-generatie cefalosporine: cefotaxim 1000 mg i.m. éénmalig (zie Herziening anno 2003). Cefotaxim 1000 mg i.m. is effectief bij >95% van de patiënten. Omdat de injectie pijnlijk kan zijn, kan overwogen worden de cefotaxim vóór i.m. injectie op te lossen in 4 ml lidocaïne 20 mg/ml. Ceftriaxon 250 mg i.m. blijft een optie (gebruikmakend van één ampul à 1000 mg), omdat de farmacokinetiek (duur halfwaardetijd) van het derde-generatie cefalosporine-medicament ceftriaxon i.m. veel gunstiger is dan van de cefalosporines cefotaxim (i.m.) en cefuroxim axetil (per os) en ook iets gunstiger dan die van cefixim (per os).¹⁵

Als tweede keus bij de behandeling van ongecompliceerde anogenitale gonorrhoe wordt thans in Nederland een oraal toegediend tweede-generatie cefalosporine geadviseerd: cefuroxim axetil 1000 mg per os. Bij het oraal gebruik van een cefalosporine wordt farmacokinetisch gezien de voorkeur gegeven aan cefixim per os,^{15,16} maar dat middel is in Nederland niet standaard verkrijgbaar (wel in een aantal andere Europese landen). Cefuroxim axetil wordt evenals het orale cefalosporine cefpodoxim in het Farmacotherapeutisch Kompas editie 2003 genoemd als optie bij de behandeling van gonorrhoe. De gegevens aangaande cefpodoxim zijn te beperkt voor een goede plaatsbepaling. Cefuroxim axetil is effectief gebleken bij circa 95% van de patiënten met ongecompliceerde anogenitale gonorrhoe, ondanks de niet-optimale resorptie na orale toediening.^{16,17}

Als derde keus bij ongecompliceerde anogenitale gonorrhoe kan bij een infectie met non-penicilline producerende *N. gonorrhoeae* (non-PPNG) amoxicilline 3 gram per os éénmalig gegeven worden (Farmacotherapeutisch Kompas editie 2003), mits door kweek en resistentiebepaling aangetoond is, dat het inderdaad een infectie met non-PPNG betreft of wanneer bekend is, dat de regionale prevalentie van PPNG <5% is en aangenomen kan worden, dat de patiënt terugkomt voor een controletest.¹⁸

* Het NVDV-advies van december 2004 t.a.v. de behandeling van ongecompliceerde anogenitale gonorrhoe was niet optimaal, omdat het door omstandigheden werd afgedwongen: de cefalosporines, die de voorkeur verdienen, waren in Nederland niet of niet in de juiste dosering verkrijgbaar (cefixim oraal is niet verkrijgbaar, ceftriaxon i.m. was niet in vials van 250 mg verkrijgbaar, alleen in vials van 1000 mg). Bovendien werd in 2004 t.a.v. de te adviseren antibiotische therapie van ongecompliceerde (anogenitale) gonorrhoe met bèta-lactam antibiotica (penicillines en cefalosporines) een tweede criterium voorgesteld, naast het oude criterium van >95% effectiviteit: >4 x MIC in het serum gedurende 7-10 uur.¹⁵ Aan dat tweede criterium wordt door cefuroxim axetil 1000 mg oraal (en cefotaxim i.m.) maar net voldaan (ongunstige farmacokinetiek vergeleken bij ceftriaxon en cefixim).¹⁵ Dat verhoogt waarschijnlijk het risico op resistentievorming. Daarom is monitoring daarvan in Nederland essentieel (inmiddels georganiseerd door het RIVM, gestart in 2006). Contact met de leveranciers van ceftriaxon en cefixim in Nederland gaf toen geen oplossing. De Europese richtlijn IUSTI/WHO voor gonorrhoe van 2001 werd in het najaar van 2005 herzien in een workshop, waarvan de definitieve tekst in 2007 is gepland (www.iusti.org). Verwacht werd, dat ook de NVDV-Richtlijn Gonorrhoe van december 2004 herzien zou moeten worden. In 2004 kwam een herziening van de Engelse Richtlijn Gonorrhoe uit (updated in 2005).^{26,27}

Behandeling met een chinolon oraal (ciprofloxacine 500 mg per os) is een optie, als er sprake is van gonorrhoe, waarbij QNRG is uitgesloten.

Azitromycine 2 gram per os, hoe aantrekkelijk ook ondanks de frequente bijwerking misselijkheid,^{19,20} wordt als standaardtherapie ontraden vanwege het relatief grote risico op resistentievorming, zeker bij een lage dosering, zoals ook in het verleden met het verwante macrolide preparaat erythromycine.²¹

Bij orofaryngeale gonorrhoe wordt cefotaxim 1000 mg i.m. aangeraden, met controletest, omdat de effectiviteit niet optimaal is (effectiviteit circa 70-100%).^{22,23} Cefuroximaxetil per os is onvoldoende effectief voor faryngeale gonorrhoe (effectiviteit circa 50%).^{16,17}

Ophthalmia neonatorum t.g.v. conjunctivitis gonorrhoeica kan behandeld worden met cefotaxim 50 mg/kg i.m. éénmalig.²⁴ Profylaxe van ophthalmia neonatorum is mogelijk met eenmalige applicatie van één povidon jood oogdruppel (3 mg/ml) op de eerste postnatale dag,²⁵ maar is bij de huidige lage incidentie van gonorrhoe bij zwangeren in Nederland niet geïndiceerd als standaardmaatregel.

Een controletest is in principe niet geïndiceerd, mits men de hier beschreven adviezen t.a.v. de therapie van ongecompliceerde anogenitale *N. gonorrhoeae*-infecties opvolgt, tenzij er persisterende klachten zijn (en een *C. trachomatis*-infectie is uitgesloten). Een controletest wordt aangeraden na behandeling van orofaryngeale gonorrhoe met cefotaxim i.m.

Postgonorrhoeïsche urethritis (persisterende klachten na behandeling van urethritis gonorrhoeica, veelal veroorzaakt door een concomitante *C. trachomatis*-infectie) wordt voorkómen door een patiënt met urethritis gonorrhoeica gelijktijdig te behandelen voor een eventuele *C. trachomatis*-infectie, d.w.z. ook met azitromycine 1 gram per os.

Syndromic management ("blinde therapie") van urethritis en/of cervicitis, met name bij mannen met urethritisklachten, bestaat uit behandeling bij de eerste visite van klachten door (een nog onbewezen) infectie met zowel *N. gonorrhoeae* als *C. trachomatis* of door een non-specifieke urethritis, d.w.z. non-chlamydia-nongonorrhoeïsche urethritis. Gezien het bovenstaande dient men dan te behandelen met cefotaxim 1000 mg i.m. (eventueel cefuroximaxetil 1000 mg per os) plus gelijktijdig azitromycine 1000 mg per os (eventueel doxycycline 2 d.d. 100 mg 7 dagen). Bij syndromic management van PID wordt aangeraden cefotaxim (éénmalig 1000 mg i.m.) toe te voegen aan de behandeling met ofloxacin plus metronidazol, als er verdenking is op gonorrhoe-geassocieerde PID (partner heeft gonorrhoe of purulent écoulement, ernstige klinische symptomen bij de patiënt).

Een contra-indicatie voor cefalosporines van alle generaties is anafylaxie voor penicilline. Het advies is in dat geval voor behandeling met een antibioticum op geleide van de resistentiebepaling in de kweek te kiezen. Alternatieven zijn o.a.: ciprofloxacine, co-trimoxazol, doxycycline, azitromycine (zie www.soa.nl: NVDV SOA-Richtlijn t.a.v. gonorrhoea anno 1997).

Omdat een deel van de laboratoria in Nederland diagnostiek op *N. gonorrhoeae* verrichten middels een nucleïnezuur-amplificatietest (NAAT) en geen kweek met resistentiebepaling doen, is overleg gaande over het monitoren van resistentie van *N. gonorrhoeae* in Nederland, zoals geadviseerd in de CBO SOA-Consensus 2002 (www.cbo.nl). Dat is belangrijk, zoals bleek bij het monitoren van de toename van QRNG in Nederland. Nu gaat het om het monitoren van eventuele vermindering van de gevoeligheid van *N. gonorrhoeae* voor cefalosporines in Nederland.

HERZIENING KORTE SAMENVATTING ANNO 2004: PROCTITIS BIJ MANNEN, LYMPHOGRANULOMA VENEREUM

In het kader van een update van de zorg voor MSM (mannen die seks hebben met mannen) en de outbreak met lymphogranuloma venereum (LGV) proctitis onder MSM in Nederland en andere West-Europese landen is "syndromic management" van proctitis en LGV toegevoegd aan de lijst van items in de Korte Samenvatting. Er is ook een Europese richtlijn t.a.v. proctitis aangekondigd (verschenen in 2007, zie www.iusti.org). Op de website van SOA AIDS Nederland is een toelichting te vinden aangaande ano-rectale LGV (www.soa.nl), klik "professionals", klik "standaarden", klik LGV richtlijn NVDV").

HERZIENING KORTE SAMENVATTING SOA RICHTLIJNEN ANNO 2006 & HERZIENING RICHTLIJN GONORROE & SYNDROMIC MANAGEMENT URETHRITIS BIJ MANNEN

In 2006 werd de NVDV-Richtlijn Gonorrhoe & Syndromic Management Urethritis bij Mannen herzien, omdat inmiddels in Nederland ceftriaxon vials à 500 mg verkrijgbaar zijn en gezien de argumentatie vermeld in de noot bij de herziening van de korte samenvatting anno 2004, welke argumentatie ook gebruikt wordt bij de herziening in de Europese Richtlijn Gonorrhoe en de herziening van de Engelse Richtlijn Gonorrhoe.^{26,27} Collega Mouton, medisch microbioloog te Nijmegen, mede-auteur van het sleutelartikel in deze,¹⁵ werd om advies gevraagd. In de NVDV-Richtlijn Gonorrhoe 2006 is te lezen wat de argumenten zijn voor de herziene tekst. Op verzoek van de Stichting SOA/AIDS heeft de SOA-Commissie/SOA-Kernwerkgroep NVDV ook de overige items van de Korte Samenvatting NVDV SOA Richtlijnen kritisch bekeken en zo nodig herzien.

Een belangrijk item is de diagnostiek bij *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* infecties. Indien een NAAT, bijv. PCR, voor de diagnostiek gebruikt wordt, wordt de diagnostiek op *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* meestal gecombineerd. Bij *C. trachomatis* PCR diagnostiek bij de man is 1e straal urine een gelijk-

waardig alternatief voor een urethra-uitstrijk, maar het is niet zeker of dat ook voor *N. gonorrhoeae* PCR diagnostiek het geval is. Bij vrouwen staat de validatie van de diep vaginale wattenstok versus uitstrijken van cervix & urethra, vulvaire uitstrijk en 1e straa's urine nog in de kinderschoenen t.a.v. *C. trachomatis* PCR diagnostiek (diep vaginale wattenstok lijkt even goed als alleen de cervix uitstrijk en beter dan de 1e straa's urine of vulvaire uitstrijk, is echter niet vergeleken met uitstrijk van cervix + urethra), terwijl de validatie t.a.v. *N. gonorrhoeae* PCR diagnostiek, o.a. in de urine bij vrouwen, ook nog onvoldoende is. Er is dus duidelijke twijfel of een gecombineerde NAAT op *C. trachomatis* en *N. gonorrhoeae* in 1e straa's urine van voldoende kwaliteit is om acceptabel te zijn voor standaard diagnostiek bij een high-risk populatie.

Bij gonorroediagnostiek wordt een NAAT, bijv. PCR, thans over het algemeen beoordeeld als sensitiever dan de kweek in uitstrijken van de urethra bij de man en urethra en cervix bij de vrouw, meer bij asymptomatische dan symptomatische patiënten (patiënten met exsudaat), zoals toegelicht in de Herziening anno 2006 van de NVDV-Richtlijn Gonorrhoe & Syndromic Management Urethritis bij de Man. De kweek is echter noodzakelijk voor resistentiebepaling. Bij gebruik van standaardtherapie volgens de NVDV-Richtlijn gonorrhoe is resistentiebepaling niet noodzakelijk.

In 2006 heeft het RIVM een project (GRAS) opgezet, waarbij een aantal SOA-centra in Nederland participeren in het monitoren van resistentie van *N. gonorrhoeae* voor een aantal relevante antibiotica. Indien bij een bewezen gonorrhoe behandeling met ceftriaxon i.m., het eerstekeus middel, niet mogelijk is, wordt verwijzing naar of telefonisch overleg met een SOA-polikliniek aangeraden. Cefixim per os, 1e keus oraal cefalosporine als i.m. therapie niet gerealiseerd kan worden, staat wel genoemd in de NVDV Richtlijn Gonorrhoe 2006, maar niet in de Korte Samenvatting SOA Richtlijn NVDV 2006. In de richtlijn wordt bij bewezen gonorrhoe en problemen met realisatie van behandeling met ceftriaxon i.m. overleg met een SOA-polikliniek aangeraden.

Syfilis komt anno 2006 met name bij MSM nog steeds regelmatig voor. Het verdient aanbeveling elke syfilis patiënt te verwijzen naar een SOA-polikliniek, om meerdere redenen, vermeld in de Korte Samenvatting NVDV SOA-Richtlijn 2006. Hetzelfde geldt voor een patiënt verdacht van LGV (zie de NVDV-Richtlijn LGV). Verder is aan de Korte Samenvatting toegevoegd, dat bij scabies ook tijdens de zwangerschap lokale therapie met permethrine is toegestaan, is een kleine aanpassing ingevoerd bij de adviezen voor antivirale therapie bij herpes genitalis en zijn adviezen t.a.v. hepatitis A en C toegevoegd.

LITERATUUR

1. Van Voorst Vader PC, Van der Meijden WI, Sigurdsson V, et al. NVDV SOA-Richtlijnen: update 2002. *SOA Bulletin* 2002, jaargang 23, nr 1:21-2.
2. SOA-Commissie/SOA-kernwerkgroep NVDV. Richtlijnen SOA. Herziening anno 2002/2003 van de Korte Samenvatting van de NVDV SOA-Richtlijnen 1997. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2003;13:406-9.
3. Peerbooms PG, Spaargaren J, Fennema JS, et al. Toename van chinolonresistentie bij *Neisseria gonorrhoeae* in Amsterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1899-900.
4. Berglund T, Unemo M, Olcen P, et al. One year of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Sweden: the prevalence of antibiotic susceptibility shows relation to the geographic area of exposure. *Int J STD AIDS* 2002;13:109-14.
5. Fenton KA, Ison C, Johnson AP, et al. Ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in England and Wales. *Lancet* 2003;361:1867-9.
6. Herida M, Sednaoui P, Goulet V. Gonorrhoea surveillance system in France: 1986-2000. *Sex Transm Dis* 2004;31:209-14.
7. Uhtman A, Heller-Vitouch C, Sary A, et al. High-frequency of quinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Austria with a common pattern of triple mutations in GyrA and ParC genes. *Sex Transm Dis* 2004;31:616-8.
8. Barriere SL, Flaherty JF. Third-generation cephalosporins: a critical evaluation. *Clin Pharm* 1984;3:351-73.
9. Kolader M, Peerbooms PGH, Spaargaren J, et al. Toename van chinolonresistentie bij *Neisseria gonorrhoeae* in Amsterdam; aanbevelingen voor de behandeling van ongecompliceerde gonorrhoe. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2129-32.
10. Peerbooms PGH: persoonlijke mededeling.
11. Leverstein-van Hall MA: persoonlijke mededeling.
12. Van Loo IHM, Spaargaren J, Van de Laar MJW. Resistentie van gonokokken in Nederland; resultaten van een enquête bij medisch-microbiologische laboratoria. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1217-22.
13. Wang SA, Lee MV, O'Connor N, et al. Multidrug-resistant *Neisseria gonorrhoeae* with decreased susceptibility to cefixime - Hawaii, 2001. *Clin Infect Dis* 2003;37:849-52.
14. Kubanova A, Sidorenko S. Antimicrobial resistance: an emerging threat in Europe? Proceedings IUSTI Conference on STI, October 7-9, 2004, Mykonos, Greece, p. 22.
15. Ison CA, Mouton JW, Jones K, et al. Which cefalosporin for gonorrhoea? *Sex Transm Infect* 2004;80:386-8.
16. CDC, National Center for HIV, STD en TB Prevention, Division of STD. Oral alternatives to cefixime for the treatment of uncomplicated *Neisseria gonorrhoeae* urogenital infections. www.cdc.gov/std/treatment/cefixime.htm
17. Thorpe EM, Schwelbe JR, Hook EW, et al. Comparison of single-dose cefuroxim axetil with ciprofloxacin in treatment of uncomplicated gonorrhoea caused by penicillinase-producing and non-penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae* strains. *Antimicrob Agents Chemother* 1996;40:2775-80.
18. Bignell CJ. European guideline for the management of gonorrhoea. In: Radcliffe K, Van Voorst Vader PC, Ross JDC, et al (Eds.). European STD Guidelines. *Int J STD AIDS* 2001;12, Suppl no 3:27-9 (www.iusti.org)
19. Handsfield HH, Dalu ZA, Martin DH, et al. Multicenter trial of single-dose azithromycin vs ceftriaxone in the treatment of uncomplicated gonorrhoea. *Sex Transm Dis* 1994;21:107-11.
20. Habib AR, Fernando R. Efficacy of azithromycin 1 g single dose in the management of uncomplicated gonorrhoea. *Int J STD AIDS* 2004;15:240-2.
21. McLean CA, Wang SA, Hoff GL, et al. The emergence of *Neisseria gonorrhoeae* with decreased susceptibility to azithromycin in Kansas City, Missouri, 1999 to 2000. *Sex Transm Dis* 2004;31:73-8.
22. Handsfield HH. Treatment of uncomplicated gonorrhoea with cefotaxime. *Rev Infect Dis* 1982;4 Suppl:S448-52.

cover III

adv Leo Dovobet fc

cover IV

adv Astellas Protopic fc