

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

HOOFDREDACTIE



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

THEMA

WETENSCHAP

VERENIGING

REDACTIE

P.K. Dikrama
Dr. M.B.A. van Doorn
Dr. R. van Doorn
Dr. S.M. Habib
F.M. Homan
Dr. N.A. Kukutsch
Dr. T.M. Le
Dr. A.J. Onderdijk
Prof. dr. T. Rustemeyer

WERKGROEP 'IN HET KORT'

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

BEELDREDACTIE

Lies Rijksen
Virginia Hercules

INZENDEN VAN KOPIJ/RICHTLIJNEN

Richtlijnen voor het inzenden van kopij kunt u opvragen bij de hoofdredacteur, of zie www.nvdv.nl > professionals > dermatologie > tijdschriften en boeken > NTvDV. Hier vindt u ook het Toestemmingsformulier patiënt.

UITGEVER EN ADVERTENTIES

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

REDACTIESECRETARIAAT

redactie@nvdv.nl

BASISONTWERP EN LAY-OUT

Studio Sponselee

VORMGEVING EN TRAFFIC

Frits van der Heijden (info@grafitext.nl)

DRUK EN VERZENDING

Scholma, Print & Media

COPYRIGHT

©2020 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

ABONNEMENTEN

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

AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld;

evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie of producten van advertenties. 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 professionele kennis en ervaring en de te gebruiken informatie te controleren. ISSN 0925-8604

SPECIALS TEN BEHOEVE VAN CONGRESSEN/ NASCHOLING/VERGADERINGEN

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

INHOUD

3 Huidhongersnood: voorwoord

TATOEAGES

- 4 Een patiënt met een granulomateuze ontstekingsreactie ter plaatse van een tatoeage en een pauveitis
- 6 Optocht der tattoos: boekbespreking
- 8 Een 'besmettelijke' contactallergie
- 12 Reacties op rode tatoeages: een prospectief cohort naar klinische aspecten
- 14 Een tatoeage in 3D
- 16 Ervaringen van een huidkunstenaar: interview
- 19 Tatoeage-complicaties bij psoriasispatiënten
- 19 *Mycobacterium abscessus*-infectie in een nieuwe tatoeage
- 20 Zelf-gerapporteerde complicaties bij tatoeages bij sarcoïdose

WETENSCHAP

- 23 'Coronaconsult': fotografische triage van nieuwe dermatologische patiënten
- 27 COVID-19: minder kanker geregistreerd
- 28 Dermatopathologie: kennisquiz
- 30 Weinig bewijs voor de aanbeveling van routinematig laboratoriumonderzoek in de follow-up bij gebruik van NTF-alfaremmers of ustekinumab voor psoriasis
- 34 De schaduwkant van herontdekken: over alkyl glucosiden
- 36 Een morbide obese vrouw met een gezwell ter plaatse van de *mons pubis*
- 38 Dermatopathologie: antwoord kennisquiz
- 40 *Borrelia Burgdorferi*: een weinig beschreven oorzaak van erythema exsudativum multiforme
- 44 Zeldzaam aantal glomustumoren
- 47 Argumenten voor het gebruik van Mohs micrografische chirurgie voor huidkanker

SAMEN BESLISSEN

- 49 Samen verantwoordelijk
- 50 *Samen Beslissen*: de stand van zaken in de dermatologie en ontwikkeling van een keuzehulp psoriasis
- 55 Het digitale consult

VERENIGING

- 58 Public Relations NVDV: inleiding en ondersteuning vanuit het bureau
- 59 Vuistregels voor omgang met media
- 59 Tips voor omgang met media
- 61 Persbericht schrijven: handleiding
- 62 The Crazy Ones: what's your story?
- 63 Contentkalender 2020
- 64 Maak kennis met ... Christiaan Bakker

ILLUSTRATIE OMSLAG

Tekening uit de stripserie S1NGLE, gemaakt door Hanco Kolk & Peter de Wit, © ComicHouse.nl.



Huidhongersnood

R.C. Beljaards | *Fotografie: Commons.wikimedia.org*

Maria Magdalena ging die ochtend naar het graf om de gestorvene te zalven. Als zij de verrezen Jezus ontmoet, spreekt hij de woorden 'noli me tangere'. Met dit 'raak mij niet aan' houdt hij haar op afstand en geeft hij aan niet meer van deze wereld te zijn. Aanraking is niet iets voor verrezenen, maar vooral van belang voor sterfelijke mensen. De arm om de schouder van een ander, een hand op andermans huid, het zijn uitingen van troost en medeleven voor en door levenden. Helaas, in de anderhalvemetermaatschappij is 'afstand houden' de nieuwe mantra. En het is opzienbarend hoe snel we het op afstand leven en werken geïncorporeerd hebben. Ik heb inmiddels een Zoom-feest met vrienden achter de rug, een tele-muziekconcert meegemaakt, een Zaurus-vergadering bijgewoond en zie speelfilms in een leeg Pathé-theater dat woonkamer heet. Rutte noemt dit 'het Nieuwe Normaal'. De vraag is echter of het ooit zal wennen, of dat het voor het gevoel een nieuw abnormaal zal blijven. Het biertje op het te breed uitgemeten terras blijft vervreemdend smaken. Er zijn spontanere acties te bedenken dan vooraf een tijdslot kopen voor avondje uit eten. En een demonstratie waarbij mensen niet schouder aan schouder kunnen staan maar zich moeten positioneren op vooraf gemarkeerde stippen, klinkt evenmin niet erg spontaan. Alleen in het openbaar vervoer mogen we nog dicht tegen elkaar aan schurken, maar wel met een, al dan niet met huisnijverheid zelfgemaakt, mondmasker op. Het verbod op gezichtbedekkende kleding, waarover iedereen zich druk maakte en dat vorig jaar inging, is al snel achterhaald. Of zouden BOA's een nikab niet als mondmasker erkennen?

DICHT OP DE HUID

De mens blijft een sociaal dier. De hang naar nauw intermenselijk contact hoort bij onze soort. We zitten elkaar graag dicht op de huid. De dwang van afstand wordt deze dagen mooi samengevat met de hunkerende term 'huidhonger'. Maar waar anderen hiermee doelen op het gebrek aan intimiteit, ervoer ik de aangepaste werkomstandigheden in de spreekkamer in de lockdown-periode als mijn huidhonger. Nu na de periode van ophokken ook de spreekuren weer volop opengesteld zijn en we onze patiënten niet langer op een scherm zien maar daarentegen kunnen voelen en aanraken, zijn wij dermatologen terug in de biotoop waarin wij op ons best zijn. De honger voorbij. En ofschoon het in de spreekkamer soms hachelijk voelt, zo dicht op de medemens als op een volle Dam, voelt de herwonnen interactie tussen arts en patiënten als een bevrijding. Ook over onze operatiesessies hoeven we ons geen zorgen te maken. Als de luchtvaartbranche de burgers geruust stelt met verticale luchtstromen en High Efficiency Particulate Air (HEPA) filters, dan kunnen we ons rond de operatietafel



Noli me tangere, Titiaan 1514 (National Gallery, Londen).

evenzeer veilig wanen als in de cabine van een vliegtuig. Maar wel met het mondmasker voor.

NEOLOGISME

Sinds 2003 is de verkiezing van het Woord van het jaar uitgevoerd, met als doel een woord te vinden dat de tijdgeest van dat betreffende jaar het beste weergeeft. Die verkiezing loopt via een democratisch principe op een gebruikersplatform. Na de 'blokkeerfries' in 2018 en 'boomer' in 2019, zou ik iedereen willen verzoeken om dit keer allemaal te gaan voor 'huidhonger'. Het Algemeen Nederlands Woordenboek (ANW) geeft de volgende definitie: 'Sterke behoefte aan lichamelijk contact, aan aanraking via de huid, zoals die zich vooral bij baby's en bejaarden manifesteert; ook in algemenere of seksuele zin: sterke behoefte aan huidcontact, om gestreeld of aangeraakt te worden.' De eerst vindplaats van het woord is, volgens het ANW, in het *Haarlems Dagblad* (2003). Het is dus een woord met een korte geschiedenis, al is het geen recent bedacht woord. Zo kwam ik het woord ook al eerder tegen in een thriller van de Zweedse auteur Karin Alvtegen: 'De huidhonger die hem gek zou maken als zij hem niet gauw aanraakte'. [1] Ofschoon dit neologisme een kannibalistische bijklank heeft, heeft het voor ons dermatologen een bijzondere lading. Ik lichtte dat al toe vanuit mijn eigen ervaring. Steun vond ik daarbij in een uitspraak van collega Bibi van Montfrans die haar motivatie te kiezen voor het vak dermatologie als volgt toelichtte: 'Ik mag graag aan mensen pulken...' [2]

Resteert de vraag of een tatoeëerder ook huidhonger heeft?

LITERATUUR

1. Alvtegen K. Verraad. De Geus, Breda 2004:48.
2. Kweekhuid tegen chronisch open wonden. *HEELdeHUID* 2013;4:8-9.

CORRESPONDENTIEADRES

Rob Beljaards

E-mail: r.beljaards@nvdv.nl

Dermatoloog en hoofdredacteur NTvDV



Een patiënt met een granulomateuze ontstekingsreactie ter plaatse van een tatoeage en een panuveïtis

M.M. Wennekers¹, J. Damman², M.B.A. van Doorn³

Tatoeages zijn cosmetische versieringen van de huid die we steeds vaker om ons heen zien. Desondanks is dat niet zonder risico op complicaties. Wij presenteren een patiënte die een granulomateuze reactie ontwikkelde in specifieke delen van haar tatoeage, jaren nadat deze was geplaatst. Wegens een co-existente panuveïtis werd de diagnose sarcoïdose overwogen.



Figuur 1. Scherp begrensde rood-paarse, squameuze plaques in specifieke delen van een tatoeage op de linker onderarm.

ANAMNESE

De klinisch immunoloog verwees in 2016 een 31-jarige patiënte naar onze polikliniek in verband met verheven huidafwijkingen ter plaatse van een tatoeage op haar linkerarm. De tatoeage was zes jaar daarvoor geplaatst en bestond uit verschillende kleuren. Tien maanden voor haar consult op onze polikliniek ontstond ter plaatse van de rode kleur in de tatoeage een jeu-kende, pijnlijke verdikking. Verder had zij sinds acht maanden last van ontstoken ogen en was door de oogarts de diagnose panuveïtis gesteld. Haar verdere voorgeschiedenis was blanco en zij gebruikte geen medicatie.

DERMATOLOGISCH ONDERZOEK

Patiënte heeft huidtype 5 volgens Fitzpatrick. Op de linker onderarm zagen wij een tatoeage met ter plaatse van het rode pigment scherp begrensde rood-paarse, squameuze plaques. De overige kleuren in de tatoeage waren vlak.

AANVULLEND ONDERZOEK

Histopathologisch onderzoek toonde een overwegend granulomateuze ontsteking met meerkernige reuscellen en verspreid gelegen rood pigment.

Bloedonderzoek toonde een ACE van U/L 87 (ref. 12-82) en een sIL-2R (soluble IL-2 receptor) van 2900 (ref. <2500) pg/mL. Een ECG en longfunctietest waren niet afwijkend. Een CT-thorax toonde verspreid in beide longen multipale aspecifieke noduli, geen typisch beeld van pulmonale of thoracale sarcoïdose. Bij vervolgen van de CT-thorax bleven de noduli stabiel.

BELEID EN BELOOP

Patiënte werd door de klinisch immunoloog behandeld met azathioprine waarmee de uveïtis in eerste instantie goed onder controle was. De huidafwijkingen waren in de daaropvolgende jaren wisselend aanwezig. Opvallend hierbij was dat de opvlammingen van de uveïtis en de huidreactie vaak gelijktijdig optraden. Ter ondersteuning werd patiënte meerdere malen behandeld met een stootkuur prednison in wisselende doseringen.

In verband met een forse opvlamming van de uveïtis onder azathioprine werd deze uiteindelijk vervangen door adalimumab. Sinds de start met adalimumab zijn de uveïtis en de huidafwijkingen in partiële remissie. Momenteel wordt patiënte in ons centrum behandeld met de picolaser (532nm) om het pigment te verwijderen en met intralesionale corticosteroiden om de ontstekingsreactie verder te remmen.

CONCLUSIE

Granulomateuze reactie op tatoeage-inkt. In verband met de co-existente panuveïtis is er een verdenking op sarcoïdose.

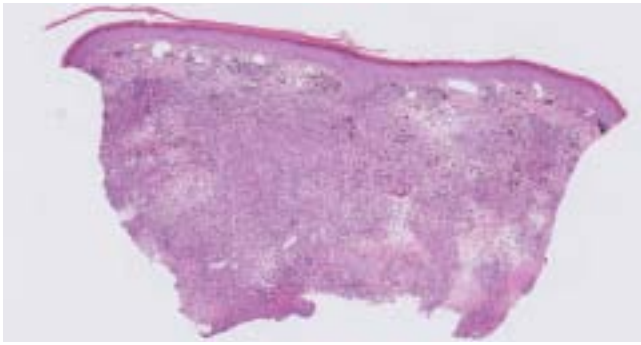
BESPREKING

Tatoeages worden steeds populairder; de laatste cijfers uit 2014 laten zien dat inmiddels 10% van de bevolking in Nederland een of meerdere tatoeages heeft. [1] Complicaties bij tatoeages komen bij ongeveer 2% voor. Dit betreft onder andere infecties, allergische reacties en neoplasmata. [2-3] Huidreacties veroorzaakt door de inkt treden vaak ter plaatse van een specifieke kleur op. De rode inkt geeft het meest frequent

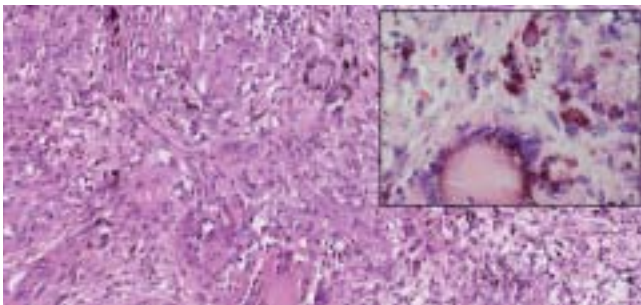
¹ Arts-assistent, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Patholoog, afdeling Pathologie, Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 2A. Huidexcisie waarin diepreikende overwegend granulomateuze ontsteking met meerkernige reuscellen en verspreid gelegen pigment.



Figuur 2B. Granulomateuze ontsteking gekenmerkt door clusters van histiocyten en meerkernige reuscellen waarin verspreid aanwezigheid van pigment. In de insert is te zien dat het grofkorrelig rood pigment betreft.

reacties, met kwiksulfide vaak als verantwoordelijk agens. [4] Granulomateuze reacties op tatoeages in combinatie met uveïtis is enkele keren in de literatuur beschreven. [5-6] Een review uit 2018 beschrijft 39 patiënten met deze combinatie over de afgelopen 66 jaar; bij 14 van hen werd systemische sarcoidose vastgesteld waarvoor bij 22 patiënten geen aanwijzingen bestonden. [5] De exacte etiologie is echter onbekend. Een van de hypothesen is dat er een verlate granulomateuze reactie plaatsvindt als overgevoeligheidsreactie op de inkt, waarbij de partikels zich ook kunnen stapelen in de uvea, wat vervolgens kan leiden tot een lokale ontstekingsreactie. Een andere hypothese veronderstelt dat personen met een bepaalde genetische aanleg een granulomateuze reactie ontwikkelen op de langdurige antigene stimulus van de inkt, wat is geassocieerd met sarcoidose. [5-6] Serumbiomarkers zijn over het algemeen niet specifiek om sarcoidose te diagnosticeren, maar kunnen wel gebruikt worden bij de follow-up tijdens de behandeling. [7]

Bij onze casus waren deze markers niet dermate verhoogd om de diagnose systemische sarcoidose waarschijnlijker te maken. Histopathologisch valt het onderscheid tussen sarcoidose en een granulomateuze reactie op exogeen materiaal niet goed te maken, ook niet bij de aanwezigheid van pigment. [5,8] Het is daarom van belang om bij een granulomateuze ontsteking op exogeen materiaal altijd aanvullend onderzoek naar systemische sarcoidose te verrichten. Welke van bovengenoemde hypothesen bij onze patiënt van toepassing is, is moeilijk te zeggen. Desondanks lijkt de granulomateuze reactie te zijn ontstaan door het pigment in de tatoeage, en is mogelijk versterkt door een zich ontwikkelende en nog niet

klinisch manifeste sarcoidose. Deze suggestie wordt ondersteund door het feit dat inflammatie van de ogen en de huid vaak gelijktijdig optrad. Ondanks dat er bij een groot percentage van de patiënten met granulomateuze reactie in een tatoeage in combinatie met een uveïtis geen andere tekenen van systemische sarcoidose worden gevonden, moet men toch bedacht zijn op het ontwikkelen hiervan in de toekomst.

LITERATUUR

1. *Tatoeages. Een analyse van OBiN-gegevens.* Amsterdam: VeiligheidNL, 2015.
2. Kazandjieva J, Tsankov N. Tattoos: Dermatological complications. *Clin Dermatol.* 2007; 25(4):375-82.
3. Shinohara MM, Nguyen J, Gardner J, Rosenbach M, Elenitsas R. The histopathologic spectrum of decorative tattoo complications. *J Cutan Pathol.* 2012; 39(12):1110-8.
4. Arshdeep, Chougule A, De D, Handa S. Granuloma annulare-like granulomatous reaction to red tattoo pigment. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22(6):618-20.
5. Kluger N. Tattoo associated uveitis with or without systemic sarcoidosis: A comparative review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018; 32(11):1852-61.
6. Maijer K, van der Bent S, Vercoutere W, Rustemeyer T. Granulomatous tattoo reaction with associated uveitis successfully treated with methotrexate. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018; 32(9):e338-e9.
7. Ramos-Casals M, Retamozo S, Sisó-Almirall A, Pérez-Alvarez R, Pallarés L, Brito-Zerón P. Clinically-useful serum biomarkers for diagnosis and prognosis of sarcoidosis. *Expert Rev Clin Immunol.* 2019; 15(4):391-405.
8. Valbuena MC, Franco VE, Sánchez L, Jiménez HD. Sarcoidal granulomatous reaction due to tattoos: Report of two cases. *An Bras Dermatol.* 2017; 92(5):138-41.

LEERPUNTEN

- Histopathologisch is er geen goed onderscheid te maken tussen sarcoidose en een granulomateuze reactie op exogeen materiaal.
- Het is daarom van belang om bij een granulomateuze ontsteking van de huid altijd aanvullend onderzoek (minimaal X-thorax) naar systemische sarcoidose te verrichten.
- De combinatie van een verlate granulomateuze reacties in een tatoeage en een panuveïtis zijn vaker beschreven; men moet hierbij bedacht zijn op het ontwikkelen van systemische sarcoidose.

TREFWOORDEN

tatoeage – granulomen – sarcoidose – uveïtis

KEYWORDS

tattoo – granuloma – sarcoidosis – uveitis

(Financiële) belangenverstrengeling
Geen belangenverstrengeling gemeld.

CORRESPONDENTIEADRES

Mèdelyn Wennekers

E-mail: m.wennekers@erasmusmc.nl



"Iedere tattoo mens is een verhaal op zichzelf"

Optocht der tattoos

P. Velthuis

Het boek *Optocht der tattoos* is geen plaatjesboek van schokkende, exotische, kunstzinnige of niet-westerse cultuurgebonden tatoeages. Het is ook geen atlas of woordenboek van de tattoo cultuur. Het boek is een poging om de onzichtbare wereld achter de steeds zichtbaarder wordende tatoeages te begrijpen. Beunders is gefascineerd door de vraag wat dit 'schrijven op de huid' voor mensen betekent.

Als hij kennismaat met een mogelijk aanstaande schoondochter, is hij net zo verbaasd bij het zien van haar tattoo als ik bij de eerste tatoeage van mijn oudste dochter. Samen met



Janis Joplin (1943-1970) liet in 1970 een slingerplantje op de linkerpols en een minuscule hartje bij de linkerborst tatoeëren als daad van bevrijding. Vele vrouwen volgden haar voorbeeld. Het was het begin van het huidige tattoo tijdperk.

haar toenmalige vriend - het is inmiddels uit - lieten zij beiden een nummer op hun rug tatoeëren. Nu, tien jaar later, is het nog steeds zichtbaar bij het dragen van een badpak of een jurk. Ik kan niet bedenken op welke manier dit haar leven verbeterd. Wat ging er mis in de opvoeding?

BONTE STOET

Direct na mijn promotie over *Zonlicht en lupus* (1990) bezocht ik de jonge Nederlandse dermatoloog Joop Grevelink in het Massachusetts General Hospital. Hij gebruikte de splinternieuwe Q-switched laser voor het verwijderen van tatoeages. Zonder de huid zichtbaar te beschadigen, explodeerden de inkt-partikels onderhuids tot kleinere deeltjes die met lymfe en macrofagen werden afgevoerd. Ik vond het een geestverruimend concept. Een jaar later had ik de eerste machine in Nederland en kwam er een bonte stoet klanten voorbij.



Billy Gibby (1984), bijgenaamd 'Billy the Human Billboard', met 'huid-reclame' ('skinvertising') voor pornosites in de vorm van tatoeages op rug, nek en gezicht. De meeste zijn dankzij crowdfunding intussen weer verwijderd.

Dermatoloog, Erasmus MC, Rotterdam

Een bajesklant had drie zelf-aangebrachte vriendschapspuntjes tussen de eerste en tweede vinger van zijn rechterhand. Een dame in bontjas werd in een witte Rolls-Royce voorgereden en toonde een tijgerkop die haar hele rug bedekte. Een meisje schaamde zich over de schunnige woorden aan de binnenkant van haar onderlip. Honderden mensen meldden zich aan. In de 6-12 lasersessies die volgden, kwamen de verhalen over hun tatoeages voorbij. Interessant, maar ik kon daar weinig gemeenschappelijks in ontdekken.



Peta is een actiegroep die strijdt tegen het gebruik van bont en leer en tegen zuivelconsumptie, vissen, jagen, vee-industrie, circussen, stierenvechten, rodeo's en dierproeven. In 2012 begon men de campagne 'Ink not mink' met bekende personen uit de wereld van sport en showbizz die hun tatoeages tonen.

PLAT DOEK

Iedere tattooemens is een verhaal op zichzelf, schrijft de 'mentaliteitshistoricus' Beunders. Dat leidt tot de onvermijdelijke conclusie dat de reden voor een tatoeage divers is, maar over het algemeen wel in een bepaald perspectief te plaatsen zijn. Dit lijkt flauw, maar Beunders maakt fascinerende verbindingen en geeft inzicht in subculturen die voor de meeste dermatologen onbekend zijn. De hang naar *fantasy*, bij voorbeeld, aan de hand van het verhaal van Matthew Whelan, de meest getatoeëerde mens van het Verenigd Koninkrijk. Hij liet zich via de rechter in Birmingham van een normale persoon laten omregistreren tot *King Of Inkland King Body Art The Extreme Ink-ite*, in zijn paspoort afgekort tot B. Art. Hij waant zich koning van een niet-bestaand rijk ergens in een ver verleden. Verder vindt hij het menselijk lichaam niet heilig; zijn tepels liet hij verwijderen om meer 'plat doek' te krijgen voor nog een tattoo. Hij is blij met alle aandacht, al klaagt hij dat anderen, ook de 'oppervlakkige vrouwen', hem op zijn uiterlijk beoordelen en niet meer als mens zien.

Het boek van Beunders gaat over veel meer dan tatoeages. Hij beschouwt de tattooocultuur in relatie tot andere *body-modifications* als piercings en dergelijke, maar verbindt die ook met de opkomst van graffiti, de veranderingen in de popmuziek en de museale kunst. Hij geeft zijn kijk op de trends en culturen van de afgelopen vijftig jaar met veel nadruk op de tijd nadat



De Haagse Nel Bolten (1924-2017) liet in 2014 een tatoeage zetten om na een ongeval niet te worden gereanimeerd. De minister van Volksgezondheid noemde de tattoo rechtsgeldig.

de tatoeage voor iedereen gewoongood werd. Met zangeres Janis Joplin als het symbolische startfiguur van het tattoo-tijdperk. Zij liet zich in 1970 door de alternatieve tattoo-artiest Lyle Tuttle enkele kleine tattoos aanmeten en toonde die trots op televisie. Tattoo als kunst, tattoo als teken van de maatschappelijke emancipatie van het individu, van de creatieve individuele expressie. Maar uiteraard ook als uiting van de behoefte aan aandacht. Democratischer kan de kunst nauwelijks worden.

VERMINKING EN VERWIJDERING

Telde Nederland in 1995 zo'n 300 tattoo-studio's, anno 2020 zijn dat er meer dan 3500. Nu heeft in de Verenigde Staten bijna de helft van de volwassenen onder de veertig jaar een of meer tattoos. In Europa is dit tussen 20 en 25 procent. De (niet-correcte) opvatting dat een tatoeage tegenwoordig met laser restloos te verwijderen is, wordt gebruikt als reëliek tegen het argument dat tattoos een levenslange verminking opleveren. In dat opzicht hebben wij als dermatologen ook een bijdrage geleverd aan de groeiende populariteit van dit fenomeen.

Het boek van Beunders is een aanrader voor iedereen die tatoeagedragers in zijn omgeving beter wil begrijpen en voor eenieder die wil lezen over de ontwikkeling van deze populaire cultuur in de laatste halve eeuw.

Henri Beunders. Optocht der tattoos - De jacht op een betekenisvol bestaan. Amsterdam: De Geus, 2020.

CORRESPONDENTIEADRES

Peter Velthuis

E-mail: peter@drvelthuis.nl



Een 'besmettelijke' contactallergie

L.G.J.M. Zwerink¹, R.T. Veenhuis²

Een contactallergie voor *p*-phenyleendiamine (PPD) is een veelvoorkomende contactallergie met een prevalentie van 1,5%. [1] Sensibilisatie vindt plaats door het aanbrengen van PPD op de huid, bijvoorbeeld in de vorm van een hennatatoeage. Hierbij worden dan huidafwijkingen (onder andere erytheem, vesikels en bullae) gezien die de contouren volgen van de originele hennatatoeage; over de oorzaak valt dan niet te twisten. In dit artikel presenteren wij een casus waarin een allergisch contacteczeem wordt verkregen op ongebruikelijke wijze.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 32-jarige man met blanco voorgeschiedenis presenteerde zich op de polikliniek Dermatologie met sinds vier dagen bestaande jeukende blaasjes op benen en buik. Patiënt vertelde soortgelijke klachten al eens eerder te hebben gehad. De huisarts had reeds therapie met triamcinolonacetonide 0,1% zalf, koelzalf en levocetirizine voorgeschreven. De familieanamnese is positief voor atopie.

Dermatologisch onderzoek

Aan de mediale zijde van het rechter onderbeen doorlopend naar het bovenbeen werden deels confluerende vesikels en bullae gezien gevuld met helder geel vocht en geringe crustae (figuur 1, 2). Soortgelijke afwijkingen bevonden zich ook op de mediale zijde van het linker bovenbeen. Verder waren ook op de buik en flank enkele arealen met vesikels aanwezig (figuur 3, 4). Bij onderzoek van het linker bovenbeen viel op dat de afwijkingen hier een opvallend patroon hadden; het patroon van een samengesteld veer-nervig blad (figuur 5, 6). Patiënt gaf aan niet recent in de tuin te hebben gewerkt; evenmin was er op een andere wijze contact met planten. Wel had de echtgenote van patiënt sinds kort een hennatatoeage op haar voeten. Patiënt kon hiervan een foto tonen op zijn mobiele telefoon. Opvallend was hierbij de gelijkenis tussen de vorm van die hennatatoeage en de afwijkingen op het linker bovenbeen van de patiënt (figuur 7).

Histopathologisch onderzoek

Er werden twee 3 mm huidbiopten afgenomen van de afwijkingen op het rechter bovenbeen. Histopathologisch onderzoek toonde een sub-epidermale bulla met duidelijke eosinofilie en plaatselijk vrij sterke spongiose. Bij immunofluorescentie-onderzoek werden geen aanwijzingen gevonden voor een pemphigoïd.

Epicutane allergietesten

Epicutane allergietesten verricht met de Europese standaardreeks toonden na 48 en 72 uur een 3+ positieve reactie op PPD. De overige reacties uit de reeks waren negatief.



Figuur 1. De mediale zijde van het rechter onderbeen doorlopend naar het bovenbeen met deels confluerende vesikels en bullae met geringe crustae.



Figuur 2. Het rechter bovenbeen met confluerende vesikels en bullae met geringe crustae.



Figuur 3. Op buik en linker flank enkele arealen met vesikels.

¹ Anios Huisartsgeneeskunde, Huisartsenpraktijk Den Papendiek, Groenlo

² Dermatoloog, Afdeling Dermatologie, Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem



Figuur 4. Op de buik boven de navel een areaal met vesikels.



Figuur 5. Het linker bovenbeen met huidafwijkingen (waaronder vesikels).



Figuur 6. Bij nauwkeurige inspectie van het linker bovenbeen werd een opvallend veer-nervig bladpatroon gezien.



Figuur 7. De foto van patiënt met de hennatatoeage op de linkervoet van zijn echtgenoot.

DIAGNOSE

Allergisch contacteczeem voor *p*-phenyleendiamine (PPD) door contact met de hennatatoeage van echtgenote.

Therapie en beloop

Goede verbetering trad op via topicale therapie met clobetasolpropionaat 0,5mg/g crème volgens een afbouwschema. Na twee weken was enkel nog geringe post-inflammatoire hypopigmentatie zichtbaar. Patiënt kreeg uiteraard het advies contact met de hennatatoeages van zijn echtgenote te vermijden.

BESPREKING

De opvallende rangschikking van de huidafwijking insinuerde een exogene oorzaak (figuur 1, 2, 5, 6). Dit vermoeden werd versterkt door de treffende gelijkenis tussen de vorm van de afwijkingen op het linker bovenbeen en de hennatatoeage op de foto (figuur 7). Het histopathologisch onderzoek liet een beeld zien dat zou kunnen passen bij een contactallergie. [2] Een epicutane allergietest bevestigde dat het ging om een contacteczeem voor PPD. Wij hebben getest met de Europese standaardreeks waarin PPD een testconcentratie heeft van 1%. Achteraf gezien hadden we beter met een lagere concentratie (0,01 of 0,1%) kunnen testen ter voorkoming van sterke reacties, zoals ook in onze casus. Dit wordt ook in de literatuur geadviseerd. [3]

De meeste mensen worden gesensibiliseerd door een hennatatoeage op de eigen huid, echter de patiënt zelf had nog nooit een hennatatoeage. [4] Sensibilisatie is waarschijnlijk opgetreden door huid-op-huid contact met de hennatatoeage van echtgenote.

De echtgenote van patiënt bleek sinds jaren bij zichzelf hennatatoeages aan te brengen. Zij gebruikte hiervoor altijd 'rode henna'; zelfgemaakt op traditionele wijze met alleen gedroogde bladeren van de *Lawsonia inermis*-plant. [4] Cutane bijwerkingen van dit soort henna zijn zeldzaam.

Sinds kort gebruikte zij echter 'zwarte henna', zijnde een combinatie van 'rode henna' met PPD (een sterk sensibiliserende stof die de kleur van henna donkerder maakt). [4,5] Een contactallergie voor PPD is dan ook veelvoorkomend (prevalentie: 1,5%) en een contactallergisch eczeem door hennatatoeages wordt dan ook regelmatig waargenomen. [1]

Deze casus beschrijft een bijzondere presentatie waarbij het oorzakelijk allergeen zich niet direct op de huid van patiënt zelf bevond, maar op die van zijn echtgenote, hetgeen nog maar eens het belang van een goede anamnese onderstreept.

LITERATUUR

1. Alinaghi F, Bennike NH, Egeberg A, Thyssen JP, Johansen JD. Prevalence of contact allergy in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis*. 2019;80:77-85. doi:10.1111/cod.13119
2. Long H, Zhang G, Wang L, Lu Q. Eosinophilic Skin Diseases: A Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2016;50(2):189-213. doi:10.1007/s12016-015-8485-8

3. De Groot AC. Side-effects of henna and semi-permanent "black henna" tattoos: A full review. *Contact Dermatitis*. 2013;69(1):1-25. doi:10.1111/cod.12074
4. De Groot AC. Contactallergie voor hennatatoeages langdurige gevolgen. *Ned Tijdschr voor Dermatol Venereol*. 2013;23(05):259-64.
5. van Zuuren EJ, Lavrijsen APM. Allergische reacties en hypopigmentaties na tijdelijke hennatatoeages. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2002;146(28):1332-1335.

LEERPUNTEN

- Een contactallergie met *p*-phenyleendiamine (PPD) is een veelvoorkomende contactallergie (prevalentie: 1,5%).
- 'Zwarte henna' is een combinatie van 'rode henna' en PPD. In 'rode henna', gemaakt van bladeren van de *Lawsonia inermis*-plant, zit geen PPD.
- Een contactallergie voor PPD kan ook ontstaan bij indirect huidcontact met 'zwarte henna'. Dit laat zien dat de anamnese belangrijk is bij het achterhalen van de oorzaak van een contactallergie.

TREFWOORDEN

allergisch contacteczeem – henna – *p*-phenyleendiamine

KEYWORDS

allergic contact dermatitis – henna – *p*-phenylenediamine

CORRESPONDENTIEADRES

Rob Veenhuis

E-mail: r.veenhuis@slingeland.nl



Reacties op rode tatoeages: een prospectief cohort naar klinische aspecten

S.A.S. van der Bent¹, R.W. de Winter², A. Wolkerstorfer³, T. Rustemeyer⁴

Het laten zetten van een tatoeage kent een toenemende mate van populariteit in Nederland. In 2016 blijkt 12% van de inwoners van Europa van een tatoeage te zijn voorzien. [1] Er kunnen echter complicaties optreden, met name in tatoeages waarbij voornamelijk rood pigment is gebruikt. [2] Deze reacties op rode tatoeages zijn chronisch, veroorzaken jeuk en leiden tot een verminderde kwaliteit van leven. [3] Het klinisch beeld omvat zwelling, hyperkeratose of ulceratie, beperkt tot het rood getatoeëerde huidsegment. [4,5] Desalniettemin is er weinig bekend over de etiologie, de oorzakelijke factoren en de klinische parameters.

Er werd tussen 2014 en 2018 in het Amsterdam UMC een prospectieve studie uitgevoerd naar patiënten met huidreacties op rode tatoeages. Een huidreactie op een rode tatoeage werd gedefinieerd als een chronische reactie in een of meerdere tatoeages, en die zich beperkt tot het rode of roodachtige gebied. De studie richtte zich op oorzakelijke factoren en klinische parameters. Gegevens werden via de anamnese en lichamelijk onderzoek verkregen. Voor het rubriceren van de klinische presentatie van de huidreacties werd gebruik gemaakt van de classificatie van Serup et al. [2] Er werd histopathologisch onderzoek verricht om andere diagnoses uit te sluiten, zoals littekenvorming, infecties of sarcoïdose. Er werd niet routinematig allergologisch onderzoek verricht. Totaal werden 101 patiënten geïncludeerd (tabel). De meest aangedane tatoeages bevonden zich op de onderarmen en onderbenen (77%). Andere aangedane lokalisaties waren het gelaat (5%) en de bovenste deel van de extremiteiten. Patiënten gaven als voornaamste klacht jeuk (94%) en pijn (17%) aan. Alle patiënten hadden langer dan drie maanden klachten. Patiënten rapporteerden ongevraagd een verslechtering van de klachten door onbeschermde blootstelling aan zonlicht voor een onbepaalde tijd (32%). 43% van de patiënten ontwikkelde klachten binnen 1 maand na het laten zetten van de tatoeage en 24% na 1 tot 7 jaar. De gemiddelde tijd tot de start van de klachten was 12 maanden. Bij 23% van de 43 patiënten met andere, oudere rode tatoeages, kwamen tegelijkertijd klachten naar voren in deze oudere rode tatoeages die een kruisreactiviteit doen vermoeden. Klinisch namen wij een plaque, hyperkeratotisch en ulceronecrotisch patroon waar in respectievelijk 92%, 3% en 5% van alle patiënten. Van 87 patiënten werd weefsel verkregen, waar 14 patiënten een huidbiopsie weigerden. Histologie liet een lichenoïde, pseudolymfomateuze of granulomateuze ontsteking zien. Bij de 12 patiënten met een granulomateuze

ontsteking, wezen X-thorax en ACE-serumbepaling niet op een sarcoïdose.

Momenteel is er weinig bekend over de etiologie van rode tatoeagereacties. Omdat deze reacties scherp begrensd en beperkt zijn tot uitsluitend het rood getatoeëerde gebied, vooronderstelt men dat de geïnjecteerde tattoo-pigmenten de onderliggende oorzaak voor de allergie zijn. Verder blijkt uit een *in vitro* studie dat tatoeage-inkten een inflammatoire IL-18-respons uitlokken. [6] In deze studie zagen we een substantiële tijdspanne tussen het tatoeëren en het begin van de klachten. Samen met de opkomst van kruisreactieve rode tatoeagereacties, suggereren deze bevindingen een vertraagd ontstane, allergische reactie.

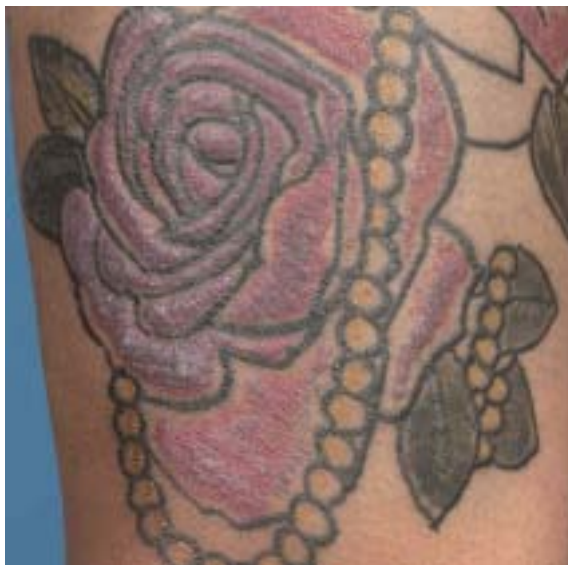
In onze studie ontdekten we opmerkelijk genoeg dat allergische tatoeagereacties zich voornamelijk voor deden in tatoeages op de extremiteiten (91%). Ter vergelijking: uit een landelijk onderzoek bleek dat in Duitsland tatoeages zich slechts in 41% op de ledematen bevonden. [7] Bovendien vonden we een relatief hoog percentage reacties op aan de zon blootgestelde gebieden: de distale extremiteiten en het gezicht (83%). Daarnaast rapporteerde een opmerkelijk hoog aantal patiënten (32%) expliciet zonlicht als *trigger*. Deze bevindingen suggereren dat zonlicht kan spelen een rol bij de allergeen-vorming. Van licht is bekend dat het fotochemisch *in vitro* een splitsing van tattoo-pigmenten veroorzaakt en er zijn nieuwe gevallen beschreven van een tatoeage-allergie na behandeling met een Q-switch laser. [8,9] Al met al ondersteunen deze klinische bevindingen de hypothese dat rode tatoeagereacties worden veroorzaakt door een vertraagde allergie waarbij het allergeen zich in de dermis ontwikkelt via een langzaam proces van haptenisatie: een reactie op een klein moleculair antigeen aan een carrier-eiwit. [10] De tattoo-pigmenten zouden gedurende een langere periode onderhevig kunnen zijn aan degradatie via enzymatische processen. Zodoende kunnen verbindingen van de tatoeagepigmenten het allergeen vormen dat een T-cel-gemedieerde reactie induceert. Dit zou de grote variantie in incubatietijd tot aan het ontstaan van klachten kunnen verklaren, alsmede de reden waarom plakproeven en UV-plakproeven in het algemeen negatief zijn.

¹ Dermatoloog, tattoo-spreekuur, Alrijne Ziekenhuis, Leiden

² Arts-onderzoeker, Amsterdam UMC, Amsterdam

³ Dermatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam

⁴ Dermatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam



Plaque-vorming in een rode tattoo op het rechter bovenbeen.

Hoewel deze studie beperkingen heeft (monocentrisch, geen plakproeven en UV-plakproeven), leveren onze bevindingen informatie op over de etiologie, uitlokkende factoren en klinische aspecten van rode tattooereacties. Verder onderzoek, zoals identificatie van potentieel verantwoordelijke pigmenten plus plakproeven en foto-allergologisch onderzoek, is nodig om de etiologie en mogelijke allergenen beter te leren doorgronden.

LITERATUUR

1. Piccinini P, Pakalin S, Contor L, Bianchi L, Senaldi C. Safety of tattoos and permanent make-up: final report. *EUR27947*, 2016.
2. Serup J, Sepehri M, Hutton Carlsen K. Classification of tattoo complications in a hospital material of 493 adverse events. *Dermatology*. 2016;232:668–78.
3. Hutton Carlsen K, Serup J. Patients with tattoo reactions have reduced quality of life and suffer from itch. *Skin Res Technol*. 2015;21:101–7.
4. Van der Bent SA, Wolkerstorfer A, Rustemeyer T. Cutaneous adverse reactions to tattoos. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160: A9808.
5. van der Bent SAS, Maijer KI, Rustemeyer T. Image Gallery: Hyperkeratotic hypersensitivity reaction to red pigment tattoo. *Br J Dermatol*. Image Gallery, 2017: e350.
6. Bil W, van der Bent SAS, Spiekstra SW, Nazmi K, Rustemeyer T, Gibbs S. Comparison of the skin sensitization potential of 3 red and 2 black tattoo inks using interleukin-18 as a biomarker in a reconstructed human skin model. *Contact Dermatitis*. 2018;1–10.
7. Klügl I, Hiller KA, Landthaler M, Bäuml W. Incidence of health problems associated with tattooed skin: a nation-wide survey in German-speaking countries. *Dermatology*. 2010;221:43–50.
8. Engel E, Spannberger A, Vasold R, König B, Landthaler M, Bäuml W. Photochemical cleavage of a tattoo pigment by UVB radiation or natural sunlight. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007;5:583–9.
9. Ashinoff R, Levine VJ, Soter NA. Allergic reactions to tattoo pigment after laser treatment. *Dermatol Surg*. 1995;21:291–4.
10. Serup J, Hutton Carlsen K. Patch test study of 90 patients with tattoo reactions: negative outcome of allergy patch test to baseline batteries and culprit inks suggests allergen(s) are generated in the skin through haptization. *Contact Dermatitis*. 2014;71:255–63.

Tabel. Klinische kenmerken.

Aantal patiënten	101
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	44,0 (12,7)
Verdeling M/V (%)	22,8% versus 77,2%
Lokalisatie (%)	
- onderarm	35,0%
- bovenarm	12,6%
- onderbeen	41,7%
- bovenbeen	1,9%
- romp	3,9%
- gelaat	4,9%
Tatoeëerder	
- amateur	4,0%
- professioneel	96,0%
Kruisreactiviteit	
- andere rode tattooages	42,6%
- andere rode tattooages met klachten	9,9%
- onbekend	3,0%
Symptomen	
- jeuk	94,1%
- pijn	16,8%
Exacerbatie na blootstelling UV licht	
- ja	31,7%
- neen	55,4%
- onbekend	12,9%
Merk tattooage inkt	
- Intenze	16,8%
- Eternal	5,0%
- Starbrite	2,0%
- Fusion ink	2,0%
- Intenze en Eternal	3,0%
- onbekend	61,4%
Start van de klachten	
- < 1 maand	42,6%
- 1-3 maanden	11,9%
- 3-6 maanden	13,9%
- 6-12 maanden	7,9%
- 1-2 jaar	5,9%
- 2-5 jaar	13,9%
- > 5 jaar	4,0%
Klinische presentatie	
- zwelling	92,1%
- hyperkeratose	3,0%
- ulceratie en necrose	5,0%
Histologie	
- lichenoid	19,8%
- pseudolymfomateus	12,9%
- granulomateus	11,9%
- gecombineerd lichenoid en granulomateus	2,0%
- gecombineerd lichenoid en pseudolymfomateus	5,0%
- anders	34,7%
- geen biopsie	13,9%

Dit artikel verscheen eerder in: *J Eur Acad Dermatol Venereol* 33(10): e384–e386. <https://doi.org/10.1111/jdv.15677>

CORRESPONDENTIEADRES

Sebastiaan van der Bent

E-mail: sasvanderbent@alrijne.nl



Een tatoeage in 3D

M.M. Wennekers¹, J. Damman², M.B.A. van Doorn³

Wij beschrijven een casus van een 20-jarige patiënte waarbij een tatoeage zich driedimensionaal ontwikkelde. Ter plaatse van de rug van een dolfijn vormde zich een hypertrofisch litteken na een aanhoudende ontstekingsreactie.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 20-jarige patiënte presenteerde zich op de polikliniek. De huisarts verwees haar in verband met een verdikking van de huid ter plaatse van een tatoeage. Zij had ongeveer zeven maanden geleden een afbeelding van een dolfijn op haar rechter onderarm laten tatoeëren. De huid raakte vervolgens ontstoken en werd door de huisarts behandeld met lokale en systemische antibiotica. Vervolgens ontstond er een asymptomatische, rode verdikking van de huid ter plaatse van de rug van de dolfijn waar blauw pigment was aangebracht. Behandeling met triamcinolonacetonide-crème via de huisarts gaf geen verbetering van de huidafwijking. De voorgeschiedenis van patiënte was blanco en zij gebruikte geen medicatie.

Dermatologisch onderzoek

Patiënte heeft een huidtype 1 volgens Fitzpatrick. Op de ventrale zijde van de rechter onderarm is een handpalmgrote afbeelding zichtbaar van een dolfijn. Ter plaatse van de rug van de dolfijn zien wij een scherp begrensde, gladde, vast-elastische erythemateuze tumor.

Histopathologisch onderzoek

Histopathologisch onderzoek toonde in de dermis loodrecht op het oppervlak gerangschikte vaten en fibrose, passend bij littekenweefsel. Er zijn geen ontstekingsinfiltraten of andere afwijkingen. Het beeld past bij hypertrofisch littekenweefsel.

Beleid en beloop

Patiënte werd behandeld met intralesionale corticosteroïd-injecties verdund met lidocaïne. Na vijf behandelingen was de zwelling volledig afgevlakt. Momenteel wordt het erytheem verder behandeld met de Pulsed Dye Laser (PDL).

BESPREKING

Bij tatoeëren van de huid komt de naald tot in de dermis en laat daar pigment achter wat tot verschillende reacties van de huid kan leiden. Complicaties komen bij ongeveer 2% van de tatoeages voor, inclusief ontstekingen. De prevalentie van infecties is sinds de intrede van professionele tattoo-salons



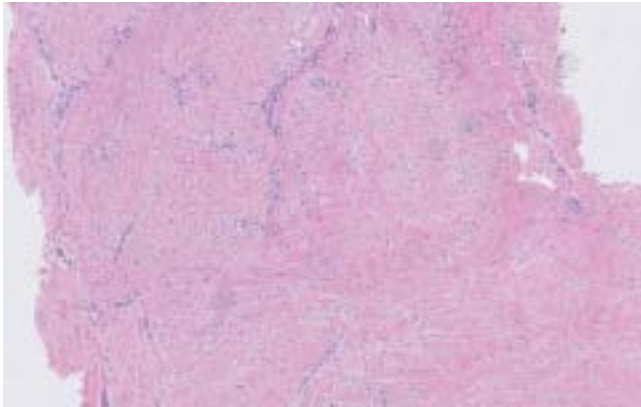
Figuur 1. Tatoeage van een dolfijn op de onderarm. A: Hypertrofisch litteken voor de behandeling. B: Resultaat na vijf triamcinolonacetonide (Kenacort)-injecties intralesionaal.

sterk verminderd, maar kunnen zich nog steeds voordoen bij gebrek aan adequate hygiëne maatregelen. [1] Hypertrofische littekens kunnen door diverse vormen van huidbeschadiging en irritatie ontstaan, maar zullen niet voorkomen bij oppervlakkige letsels boven de reticulair dermis. [2] Keloïdale en hypertrofische littekens komen meer voor bij donkere huidtypen en voorkeurslokalisaties zijn de voorzijde van de borst, schouder, kaak en oor. [3] Ook zijn er aanwijzingen dat hypertrofische littekens kunnen ontstaan door aanhoudende inflammatie wat normale genezing belemmert; dit leidt tot chronische fibroblasten activiteit. [3-4] Dit laatste kan mogelijk het hypertrofische litteken bij onze patiënt verklaren. Overgevoeligheid en allergische reacties op de inkt zijn over het algemeen de meest voorkomende complicaties. Rode pigmenten zijn hierbij het vaakst betrokken, maar elke kleur kan een overgevoeligheidsreactie geven. [5-6] Voor blauwe tatoeages worden verschillende pigmenten gebruikt, maar er is weinig literatuur over de specifieke allergenen en huidreacties die hierbij kunnen optreden. Of de reactie bij 'onze dolfijn' het gevolg is van een infectie door slechte naaldhygiëne of door een inflammatoire reactie op de blauwe inkt, valt niet met zekerheid te zeggen, al zou een infectie mogelijk tot een uitgebreidere reactie hebben geleid.

¹ Arts-assistent, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Patholoog, afdeling Pathologie, Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 2. Huidbiopt tot in de diepe dermis bekleed met meerlagig verhoornend plaveiselcel epitheel met orthokeratose. De epidermis en de oppervlakkige dermis ogen normaal. Centraal in het huidbiopt zien we in de dermis loodrecht op het oppervlak gerangschikte vaten en fibrose passend bij littekenweefsel. Geen ontstekingsinfiltraten of andere afwijkingen.

Behandeling van hypertrofische littekens kan bestaan uit onder andere lokale corticosteroïden, lasertherapie, radiotherapie, cryotherapie, compressietherapie en chirurgie wat de rek op de huid kan verminderen. [2,4] Dit alles zou leiden tot vermindering van de inflammatie en hyperproliferatie van het litteken. Intralesionale corticosteroïden worden al lange tijd toegepast en naast het anti-inflammatoire effect neemt men aan dat dit ook de veroorzaakte vasoconstrictie proliferatie van het litteken tegengaat en roodheid vermindert. [2] Bijwerkingen die bij deze behandeling kunnen optreden zijn atrofie, hypopigmentatie, teleangiëctasieën, pijn en infecties. Als alternatief valt te overwegen: intralesionale behandeling met 5-fluorouracil (5-FU) of bleomycine als monotherapie, of in combinatie met corticosteroïden. [7-9] Wij zagen bij onze

patiënt een snelle afname van de dikte van het litteken na intralesionale behandeling met triamcinolonacetonide (Kenacort), zonder evidente bijwerkingen.

CONCLUSIE

Hypertrofisch litteken ter plaatste van een tatoeage na een ontstekingsreactie e.c.i., succesvol behandeld met intralesionale corticosteroïd-injecties.

LITERATUUR

1. Kazandjieva J, Tsankov N. Tattoos: Dermatological complications. *Clin Dermatol.* 2007; 25(4):375-82.
2. Ogawa R. Keloid and hypertrophic scars are the result of chronic inflammation in the reticular dermis. *Int J Mol Sci.* 2017;18(3):606.
3. Tsai C-H, Ogawa R. Keloid research: Current status and future directions. *Scars, Burns & Healing.* 2019; 5:205951319868659.
4. Grabowski G, Pacana MJ, Chen E. Keloid and hypertrophic scar formation, prevention, and management: Standard review of abnormal scarring in orthopaedic surgery. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 2020.
5. Kluger N. An update on cutaneous complications of permanent tattooing. *Expert Rev Clin Immunol.* 2019; 15(11):1135-43.
6. Arshdeep, Chougule A, De D, Handa S. Granuloma annulare-like granulomatous reaction to red tattoo pigment. *J Cutan Med Surg.* 2018; 22(6):618-20.
7. Bik L, Sangers T, Greveling K, Prens E, Haedersdal M, van Doorn M. Efficacy and tolerability of intralesional bleomycin in dermatology – a systematic review. *J Am Acad Dermatol.* 2020.
8. Saray Y, Güleç AT. Treatment of keloids and hypertrophic scars with dermojet injections of bleomycin: A preliminary study. *Int J Dermatol.* 2005;44(9):777-84.
9. Che K, Lyu Q, Ma G. Comparative efficacy and safety of common therapies in keloids and hypertrophic scars: A systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2020:1-2.

LEERPUNTEN

- Vorming van hypertrofisch littekenweefsel kan een complicatie zijn van een inflammatoire reactie na het plaatsen van een tatoeage.
- Intralesionale behandeling met corticosteroïden is effectief bij hypertrofische littekens en keloïd.

TREFWOORDEN

tatoeage – hypertrofisch litteken – keloïd – corticosteroïden – PDL

KEYWORDS

tattoo – hypertrophic scar – keloid – corticosteroids – PDL

(Financiële) belangenverstrengeling
Geen belangenverstrengeling gemeld.

CORRESPONDENTIEADRES

Mèdelyn Wennekers

E-mail: m.wennekers@erasmusmc.nl



Ervaringen van een huidkunstenaar

F. Meulenberg

Ralph Moelker (42) is tatoeëerder sinds 25 jaar. Die beroepskeuze verrast niet, voor wie beseft dat zijn vader de alom bekende Rotterdammer 'Tattoo Bob' is. "Mijn vader maakte in de jaren '80 van de vorige eeuw een eerste 'lichaamsatlas' voor tatoeëerders. Hij deed dit samen met de in 2019 overleden dermatoloog Ernst Stolz. De verwevenheid van tatoeëerders en dermatologen kent dus een lange voorgeschiedenis."

De geschiedenis van tatoeages is in één zin samen te vatten: van randverschijnsel tot mainstream. "Iedereen kent de gewoonte van vroegere zeelieden om een tattoo te laten zetten. Was dat destijds nog een bijzonderheid verkozen door rand-groeperingen, zijn tattoos niet langer weg te denken uit deze maatschappij. Van voetballers via popmusici en rapartiesten tot aan de Bekende Nederlander én de 'gewone' burger. Ik zou geen beroepssector weten die geheel zonder tattoo rondloopt." Over dokters en dermatologen: "Onder de jonge garde medici zullen er zeker mensen zijn met een tattoo. De oudere garde heeft die niet, voor zover ik weet."

Politici wellicht?

Die vraag wuift hij met klem weg: "De helft van de Tweede Kamerleden draagt een tatoeage!" Officiële cijfers ontbreken maar Moelker schat in dat ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking een tattoo draagt. Zelf draagt hij één kleine tattoo op de binnenkant van een arm, gezet door zijn vader.

PROEFONDERVINDELIJK LEERPROCES

Een tatoeëerder heeft een vrij beroep, er bestaan geen door de overheid voorgeschreven en gecertificeerde opleidingen. Hoe zijn jullie opgeleid of gaat het via leermeester/gezel methode?

"Vroeger zetten men tattoos in zeemanswijken in Rotterdam. Dat ging via het meester-leerling-model. Het leren ging dus proefondervindelijk. Praktijkervaring opdoen, is nog steeds de beste leerschool. Al biedt internet heden ten dage genoeg materiaal om aanvullende kennis op te doen van technieken en materialen. Het is echter een misvatting dat je sommige dingen even kun leren via een cursusje. Zo zie ik met enige regelmaat mensen, behandeld in een schoonheidsinstituut met permanente make-up. Dat leert een mens niet in een cursus van een week. Niemand wil uiteindelijk rondlopen met halve wenkbrauwen of zo, toch?"

"Er bestaat overigens geen beroepsvereniging van vakgenoten. Tatoeëerders zijn moeilijk op één lijn te krijgen. Iedereen streeft wel de hygiënerichtlijnen van de GGD na, als norm voor kwaliteit." Na een kort zwijgen: "Vandaag de dag kun je overal apparatuur bestellen, via marktplaats en cetera. Mensen gaan dan snel aan de slag en beschadigen vaak meer dan dat ze versieren. Een ervaren tatoeëerder weet exact op welke manier de naald door de huid glijdt; te weinig ervaring zal de huid juist beschadigen."



Tatoeëerder Ralph Moelker bezig met een tepelreconstructie.

Hoe houden jullie kennis en vaardigheden op peil?

"Opnieuw: door het te doen! Je moet altijd scherp letten op de eigen kwaliteit én de kwaliteit die collega's leveren. Wederzijds kritisch naar elkaar zijn, helpt dan enorm. Vergis je niet, ons vak blijft zich ontwikkelen. Neem bijvoorbeeld micro-haartransplantatie oftewel MHP. Met speciale inkt en naalden zetten we stoppels op de kale hoofdhuid. Deze inkt is speciaal ontwikkeld voor de hoofdhuid en de naalden hiervoor zijn fijner dan bij de reguliere tattoo. Hier heb ik mijn eigen methode voor en ik was één van de eersten in Nederland die de behandeling uitvoerde. Mensen komen vanuit heel Europa voor deze behandeling. Het resultaat is verbluffend realistisch, ook in de ogen van de dermatologen met wie we samenwerken. Het is een prachtige techniek en een uitkomst van mensen met alopecia. Men vergeet wel eens hoeveel last mensen kunnen hebben van kaalheid. Deze ingreep voegt een positieve dimensie toe aan hun kwaliteit van leven."

Wetenschapsjournalist en directeur NVDV

Wat maakt een tatoeëerder tot een goede tatoeëerder?

“Een tattoo-specialist moet vooral goed kunnen tekenen. Kunstzinnige aanleg is een allereerste versie en is iets wat je hooguit in beperkte mate kunt ‘leren’. Verder is kennis van technieken en materialen onontbeerlijk.”

SPIJTOPTANTEN

Klassieke tattoos zijn kreten als ‘moeder’ en afbeeldingen van een anker of een hartje. Dat lijken de dagen van weleer. Wat zijn de nieuwste modes op dit gebied?

“Mannen kiezen voor steeds grotere afbeeldingen, bij voorkeur aan te brengen op hele lichaamsdelen. Wat daarbij ook opvalt, is dat zij steeds minder afbeeldingen in kleur willen laten zetten. Vrouwen houden het vooral bij kleine afbeeldingen van luttele centimeters. Overall kan ik zonder meer zeggen: een tattoo mag gezien worden!”

Hanteert u zekere ethische grenzen? Zijn er tatoeages die u weigert te zetten?

“Wij tatoeëren zeker niet in het gezicht, met uitzondering van permanente make-up behandelingen en medische tatoeages, bijvoorbeeld vanwege littekens. Daarnaast weigeren we rare racistische of haatdragende leuzen of teksten te zetten.”

Hoe zit het met piercings en het veranderen van lichaamsvormen?

“Wij zetten al jarenlang op verantwoorde wijze piercings. Dat is een echte hype onder de jongeren. Wij geven goede mondelinge en verstreken schriftelijke informatie. Zo vertellen we altijd hoe men qua genezing met de piercings moet omgaan. Rare dingen als *tongue-splitting* zul je bij ons niet terugvinden.”

De geneeskunde kent de WGBO; mensen moeten bedenktijd hebben. Gebeurt dat ook in uw praktijk?

“Zeker! Bij medische en cosmetische tatoeages geven wij bedenktijd en wanneer dat mogelijk is, zijn we bereid klanten een gratis proefstukje mee te geven.”

Ziet u ook wel eens spijtoptanten? Hoeveel?

“Als ik een schatting mag maken, denk ik dat 2 tot 3% van onze klanten bestaat uit ‘spijtoptanten’. Die zijn er in twee soorten. De grootste groep zijn mensen die ontevreden zijn over een in hun ogen mislukte tattoo, veelal gezet in het buitenland overigens. Het klassieke soort zijn mensen die namen van hun voormalige geliefde willen wissen of laten vervangen door de naam van de meest recente beminde.”



Tepel voor en na reconstructie.

Welke complicaties ziet u en wat doet u ermee?

“Inmiddels heb ik zoveel ervaring opgedaan met het inkleuren van de huid, dat ik die huid ook steeds beter kan doorgronden. Je ziet vaak wat er gebeurt met de huid. De signalen van een mogelijke allergische reactie zijn soms in een vroeg stadium herkenbaar. Daarnaast zien we ook wel ontstekingen ontstaan in tattoos, maar dat komt minder vaak voor dan menigeen denkt.”

PROFESSIELE SAMENWERKING

Hebt u een samenwerkingsverband met huidprofessionals?

“Wij werken samen met een huidtherapeute. Haar taak is voornamelijk het verwijderen van tatoeages. Wij wilden dit direct goed en professioneel aanpakken. Dus niet zo maar iemand laten laseren. In de praktijk is daar dan ook veel over te doen. Wanneer de behandeling niet door een dermatoloog



Tekening uit de stripserie S1NGLE, gemaakt door Hanco Kolk & Peter de Wit, © ComicHouse.nl.

of huidtherapeut word uitgevoerd, kan de huid een ernstig trauma oplopen. Onze huidtherapeut werkt met het Quanta Q plus C lasersysteem. Het weghalen van tattoos is daarmee zeer goed haalbaar. Alleen de wat oudere, groene kleuren van vroeger zijn soms nog wat moeilijk te verwijderen.”

“Verder ben ik er erg blij met de samenwerking met het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam - waar de GGD overigens een vergunning voor moest verlenen. Het mooie is dat ik nu kan werken op de poli in het ziekenhuis en dat de vergoeding door de verzekeraar direct is geregeld. Dat maakt de drempel lager dan als vrouwen die vergoeding zelf moeten organiseren. In het Ikazia hou ik mij vooral bezig met medische tatoeages: de reconstructie van tepels. Voor veel vrouwen betekent de tepel-tatoeage de afsluiting van een hele zware tijd. Ze kregen vanwege borstkanker eerst chemo, daarna een borstamputatie en vervolgens de reconstructie van de borst. Pas als dat helemaal is genezen, kan ik de 3D-tepeltatoeage maken. Bij een borstamputatie kan de tepel immers vaak niet worden gespaard.” Prachtig werk, aldus Moelker: “Het oogt dermate natuurlijk dat een vrouw naar de sauna kan gaan en niemand ziet er iets van. Het is mooi om te merken hoeveel het voor deze vrouwen betekent. Ze zijn emotioneel, blij en heel erg dankbaar. Terwijl ik gewoon mijn werk doe. Maar ik ben blij dat ik hen zo vertrouwen en eigenwaarde voor een deel terug kan geven.”

“*Last but not least* kan ik alleen maar lovend zijn over de samenwerking met de tattoo Poli van dermatoloog Sebastiaan van der Bent. Voorheen was die poli gevestigd in het VUmc in Amsterdam, maar sinds een paar maanden in het Alrijne Ziekenhuis in Leiden, waar Sebastiaan werkt. Hij komt vooral in beeld bij ontstekingen. Hij doet ook onderzoek naar bijwerkingen en complicaties van tatoeages. In die zin is hij echt een pionier.” Moelker gelooft oprecht in samenwerking: “Mensen moeten in staat zijn over de grenzen van het eigen domein

heen te kijken, en bereid zijn van elkaar te leren. Dat klinkt als een cliché, maar het zou geen cliché zijn als er niet een kern van waarheid in zou schuilen.”

RICHTLIJNEN

Hij vervolgt: “Wij werken onder de strikte regels van het RIVM dat richtlijnen formuleerde op het gebied van hygiëne bij het zetten van tattoos, bij permanente make-up en piercings. Wij hebben zelfs een adviserende rol bij de GGD met betrekking tot de hygiënerichtlijnen voor onze branche. Dit resulteerde in een tattoo- en piercingwetgeving. Thijs Veenstra, hoofdinspecteur van de GGD op het gebied voor tattoo en piercing, vroeg mij destijds ook om zitting te nemen in een werkgroep van de NEN om te zorgen voor een solide basis voor Europese wetgeving op dat gebied. In samenwerking met overige EU landen is dat gelukt.”

Wat is de grootste maatschappelijke misvatting die over tattoos leeft?

“Dat het gevaarlijk zou zijn of op zijn minst vol risico's. Binnen Europa maken zich voor microbiologen sterk voor stringenter wetgeving. Wat zij uit het oog verliezen, is de proportionaliteit. Een middel moet namelijk niet onevenredig zwaar zijn in vergelijking met het doel dat men nastreeft: het tegengaan van relatief kleine 'misstanden'.”

Met zoveel ervaring moet u beschikken over heel wat anekdotes...

“Er is nog maar weinig wat mij verbaast. Behalve onlangs. Een klant kwam langs met een uitgebreide voorgeschiedenis, met onder andere zelfmoordneigingen, die duidelijk niet lekker in zijn vel zat. Die man was niet tevreden over zijn blanke huid en wilde eigenlijk over zijn hele lichaam veranderen in een donker getinte man. Een opmerkelijke hulpvraag, in mijn ogen, die ik niet eerder meemaakte. Tja, dat viel heel ver buiten de grenzen wat voor ons haalbaar is.”

Zijn tattoos een vorm van kunst, kitsch of louter een gimmick?

“Laat ik het zo zeggen: een dermatoloog is de huidspecialist, de tatoeëerder is een huidkunstenaar”.



CORRESPONDENTIEADRES

Frans Meulenberg

E-mail: f.meulenberg@nvdv.nl



Tatoeage-complicaties bij psoriasispatiënten

A.L. Nguyen | Aios Dermatologie, LUMC, Leiden | ly.nguyen@lumc.nl

Wereldwijd worden er tatoeages gezet; in de westerse populatie is de geschatte prevalentie 10-30%. Voor patiënten met psoriasis is de huidige aanbeveling om tatoeëren te mijden als de ziekte actief is en tijdens behandeling met immunosuppressiva. Ondanks het ontbreken van bewijs voor deze aanbeveling, zijn dermatologen vaak terughoudend met adviseren van tatoeages bij psoriasis.

Grodner et al. onderzochten in een multicenter, cross-sectionele studie tatoeage complicaties bij 2.053 patiënten met psoriasis die van april t/m augustus 2018 een dermatologisch spreekuur bezochten in Frankrijk. Tijdens dit consult vulde de dermatoloog vragenlijsten in met karakteristieken van de patiënt, de psoriasis en eventuele tatoeage(s). De dermatoloog beoordeelde elke tatoeage afzonderlijk. Complicaties na tatoeage stelde men retrospectief vast aan de hand van vooraf gedefinieerde diagnoses.

Van de 1.639 niet-getatoeëerde patiënten zou 15,4% een tatoeage willen; bijna de helft van hen zag hiervan af vanwege de psoriasis of op advies van hun arts. De onderzoekers vonden 894 tatoeages bij 414 (20,2%) patiënten; van hen had 72,5% plaque-type psoriasis (gemiddelde PASI 13.1). 542 (61,7%) tatoeages werden gezet na het ontstaan van de psoriasis. Ten tijde van het tatoeëren kregen 72 patiënten een behandeling met

topicale steroïden of vitamine D analogen, 56 patiënten met lichttherapie of orale immunosuppressiva en 67 patiënten met een biologic. Bij 58 (6,6%) patiënten werden er complicaties gerapporteerd: Köbner-fenomeen (3,0%), oedeem (2,1%), pruritus (2,7%), lokale infectie (0,7%) en allergie (0,2%). In de actief behandelde psoriasisgroep vond men significant vaker lokale complicaties ($P < 0.0001$; vaker bij lichttherapie of orale immunosuppressiva [14,3%] en biologics [22,4%], $P = 0.03$) en exacerbatie van de psoriasis ($n = 29$, 3,2%, $P = 0.0002$). Bij 3 patiënten veroorzaakte het tatoeëren een exacerbatie van de artritis psoriatica. Er werden geen granulomateuze, lichenoïde of fotosensitieve reacties gerapporteerd.

CONCLUSIE

Tatoeage-complicaties komen weinig voor bij psoriasis, maar complicaties worden wel significant vaker gezien bij patiënten met een actieve en behandelde psoriasis ten tijde van het tatoeëren. Enkele beperkingen van dit onderzoek: het retrospectieve karakter, de mogelijke recall bias en de exclusie van type IV allergische reacties.

Grodner C, Beauchet A, Fougereuse A-C, et al. Tattoo complications in treated and non-treated psoriatic patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020 Apr;34(4):888-96.



Mycobacterium abscessus-infectie in een nieuwe tatoeage

F.M. Homan | Dermatoloog, Universitair Medisch Centrum Groningen | Femke.Homan89@gmail.com

Een 32-jarige immuun competente man bezocht een dermatologische polikliniek in Melbourne in verband met asymptomatische, multipale geïndureerde, erythemateuze papels in een tatoeage die hij 4 maanden eerder had laten zetten op Bali. De huidafwijkingen ontstonden 10 dagen na het tatoeëren. Behandeling met lokale corticosteroïden en oraal antibiotica was niet effectief. Histopathologisch onderzoek toonde een granulomateuze inflammatoire reactie met reuscellen en de PCR voor mycobacteriën was positief voor *Mycobacterium abscessus*. Een volledige klinische respons werd gezien na een behandeling van 4 maanden met linezolid, claritromycine en moxifloxacin.

Er is een stijging van de incidentie van een infectie met nontuberculeuze mycobacteriën (NTM), zoals *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium chelonae* en *Mycobacterium fortuitum*. Deze NTM behoren tot de snelgroeiende mycobacteriën.



Besmetting van immuun competente mensen is echter zeldzaam. (Micro)traumata, zoals tatoeëren, verhogen het risico op een mycobacteriële infectie. Vervuilde tatoeage inkt of gecontamineerd water liggen hieraan vaak ten grondslag. Differentiaal diagnostisch moet men denken aan een vreemd lichaam granuloom, sarcoidose, tertiaire syfilis en NTM-infecties.

De diagnostiek berust op een vers biopt om de specifieke NTM aan te tonen. Ter voorkoming van resistentie wordt monotherapie ontraden en kiest men meestal voor combinatietherapie met twee of drie antibiotica. De behandelduur is minimaal 3 tot 6 maanden.

Hoewel tatoeageshops strikte hygiënerichtlijnen moeten hanteren, ziet men de laatste jaren een toename van het aantal NTM-infecties in tatoeages. Een mogelijke reden zou het groeiend aantal toeristen zijn, waarbij mensen tatoeages in het buitenland laten zetten.

CONCLUSIE

Een granulomateuze inflammatoire reactie in het biopt uit huidafwijkingen in een tatoeage kan duiden op NTM. In dit geval kan een vers biopt de diagnose bevestigen. Denk aan NTM bij therapieresistente huidafwijkingen in tatoeages en denk tevens aan de reisanamnese.

Kerkemeyer KL, Darby JD, Green J. Mycobacterium abscessus infection of a new tattoo in an Australian traveller returning from Bali, Indonesia. Journal of Travel Medicine. 2020 Feb; 1-2. <https://academic.oup.com/jtm/advance-article/doi/10.1093/jtm/taaa014/5721274>



Zelf-gerapporteerde complicaties van tatoeages bij sarcoïdose

M. Kroon | Dermatoloog bij MC Jan van Goyen en ZBC Multicare, Amsterdam | Marije Kroon: mkroon@jvg.nl

Tatoeages zijn wereldwijd populair. Allergische reacties, auto-immuun ziektes en infecties kunnen optreden als complicaties bij tatoeages; regelmatig betreft dit sarcoïdose, soms als eerste uiting van de ziekte. Er is echter weinig bekend over de prevalentie van tatoeages bij patiënten met sarcoïdose en het voorkomen van tatoeage-complicaties in deze patiëntengroep. In de beschikbare literatuur bestaat geen overeenstemming over het beste advies hierover aan patiënten.

Het doel van deze studie was om meer informatie te verkrijgen over de prevalentie van tatoeages bij patiënten met sarcoïdose en het optreden van complicaties bij deze patiëntengroep.

In twee academische centra werd er een online enquête uitgevoerd bij patiënten met sarcoïdose. Men includeerde patiënten tussen de 18 en 75 jaar die de afgelopen 2 jaar ten minste 1 keer een dermatoloog of een longarts hadden bezocht. De Sarcoidosis Diagnostic Score werd gebruikt voor het bevestigen van de diagnose.

Van de 343 patiënten vulden 212 (61,8%) de enquête in. Van hen had 22,2% een of meerdere tatoeages. 54,1% had de tatoeage al voordat de diagnose sarcoïdose werd gesteld.

Complicaties van tatoeages traden op in 21,3% van de patiënten. De helft van de patiënten bezocht een arts voor deze klachten. 70% van de patiënten met een complicatie meldde een papulo-nodulaire reactie in de tatoeage. Meer complicaties traden op bij patiënten met een donker huidtype: 47% van de patiënten met huidtype VI gaf aan een complicatie (gehad) te hebben. Bij de patiënten met huidtypes I-III was dit 5%.

CONCLUSIE

De onderzoekers concluderen in deze vragenlijststudie dat complicaties van tatoeages bij patiënten met sarcoïdose regelmatig voorkomen. De precieze oorzaak van die complicaties bleek niet te achterhalen, maar het optreden van een papulo-nodulaire huidreactie is suggestief voor een relatie met sarcoïdose. Patiënten met een donker huidtype hebben een hoger risico op het ontwikkelen van een complicatie.

van der Bent SAS, Engel MJC, Nossent EJ, Jonkers RE, Wolkerstorfer A, Rustemeyer T. Tattoos and self-reported adverse events in sarcoidosis patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(4): e167-e169.



'Coronaconsult': fotografische triage van nieuwe dermatologische patiënten

L.A.J. Derickx¹, M.R. van de Scheur²

Net als alle andere afdelingen kreeg ook de polikliniek Dermatologie het verzoek om vanaf medio maart fysieke poliklinische consulten te vervangen door telefonische contacten. De coronamaatregelen, zoals uitgevaardigd door het RIVM, noopten tot uitstel van alle niet-acute zorg plus het bepalen voor welke patiënten een lijfelijk bezoek aan de polikliniek Dermatologie noodzakelijk bleef.

Veel patiënten maakten zelf de afweging en belden eerste en controlebezoeken af. Voor de resterende groep patiënten moesten wij inschatten of er sprake was van medische urgentie. Met de adviezen van de NVDV als leidraad, formuleerden wij als doel: de zorg te leveren die 'wenselijk' en 'noodzakelijk' is. [1] Concreet geformuleerd: aandoeningen met een relatief hoge ziektelast en oncologische verrichtingen.

Het bleek al snel mogelijk tijdens deze gezondheidscrisis controlebezoeken voor systemische therapie en het evalueren van behandelingsresultaat telefonisch af te handelen. Deze patiënten waren immers (uitgebreid) bekend en de behandeling kon op afstand worden uitgesteld, aangepast of gecontinueerd. De dermato-oncologisch controleafspraken zijn uitgesteld.

De triage bij nieuwe, onbekende patiënten was lastiger. Wij besloten alle nieuw-verwezen patiënten te bellen en te vragen foto's te mailen van hun huidaandoening. Diezelfde dag volgde beoordeling van de foto's en kregen patiënten telefonisch advies. Waar wij normaliter circa 550 nieuwe verwijzingen per maand ontvangen, volgde tijdens de coronacrisis in 4 weken tijd fotografische triage van 156 nieuw-verwezen patiënten.

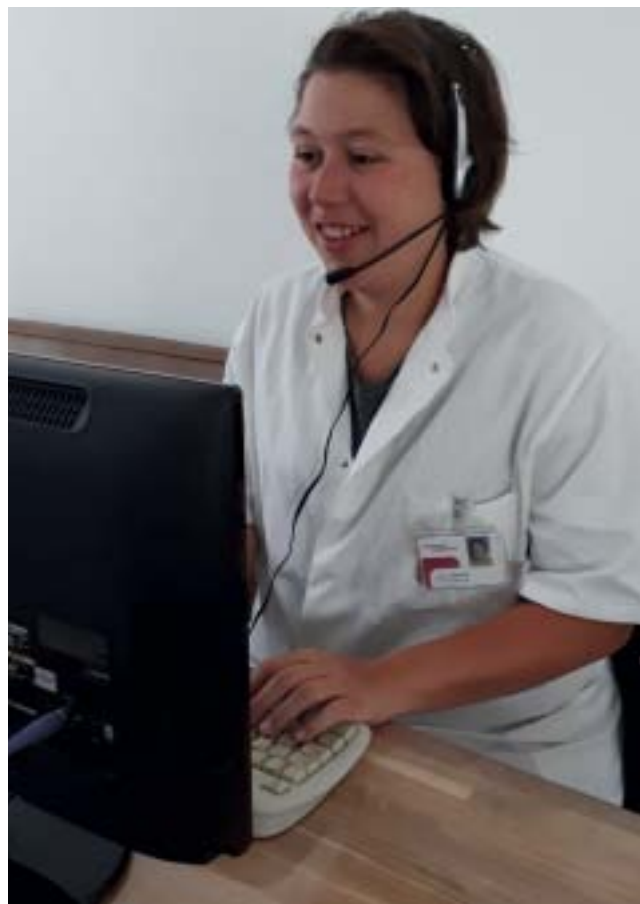
RESULTATEN

Van deze 156 patiënten was 44% man en 56% vrouw. Deze verhouding is nagenoeg gelijk aan de poliklinische dermatologische populatie in 2019: 43% mannen en 57% vrouwen. De gemiddelde leeftijd in de onderzochte groep bedroeg 51 jaar (in 2019: 56 jaar).

Bij 79 van de 156 patiënten (51%) volstond telefonisch advies en zo nodig receptmedicatie. Bij 77 patiënten (49%) was een poliklinisch vervolgschade noodzakelijk om te komen tot goede diagnostiek en behandeling.

Alle 156 nieuw-verwezen patiënten kregen eind april telefonisch de vraag voorgelegd naar hun mening over het 'coronaconsult'.

Via een beoordeling op een schaal van 1 tot 10 konden patiënten hun tevredenheid scoren. Ook de voorkeur in de toekomst voor een fysiek poliklinisch contact of opnieuw fotografische triage en telefonisch contact met de dermatoloog kon men aangegeven. Patiënten voor wie een poliklinische vervolgschade werd gemaakt, zijn niet meegenomen in de tevredenheidsscore. De respons was ruim 60%.



Leonie Derickx.

¹ Anios dermatologie, Deventer Ziekenhuis, Deventer

² Dermatoloog, Deventer Ziekenhuis, Deventer

Uit de telefonische enquête bleek dat patiënten het 'coronaconsult' honoreerden met een gemiddeld rapportcijfer 7,9 (figuur 1).

Bij een toekomstige dermatologische klacht gaf een kleine meerderheid van de onderzochte patiënten (53%) de voorkeur aan een fysiek poliklinisch consult, 47% kiest voor opnieuw fotografische beoordeling en telefonische consultatie. Van de patiënten waarbij telefonische afhandeling plaatsvond, gaf een kleine helft van de patiënten (46%) aan in het vervolg een poliklinisch consult te prefereren.

Deze resultaten komen overeen met bevindingen van Marcel Levi: op hoofdlijnen is men tevreden over videoconsulten. [2] Vooral omdat het reistijd, parkeerstress en wachttijd bespaart. Het virtuele consult scoort dikwijls een stukje minder dan een poliklinisch consult.

In welke mate komt de door de dermatoloog gestelde DBC-diagnose overeen met de DBC-diagnose van de huisarts in de verwijsbrief (zie figuur 2). Het grootste verschil is zichtbaar bij premaligne en maligne huidafwijkingen, alsook bij eczeem. Van meer overeenkomst is sprake bij acne, benigne tumoren en psoriasisforme dermatose. Het is denkbaar dat men bij DBC categorieën waarbij de huisarts een goede inschatting kan maken van de diagnose kan volstaan met eenmalig advies en verdere monitoring via de huisarts, mits geen systemische behandeling vereist is.

Op ICD-10 niveau is in de onderzochte groep patiënten bij 30% sprake van een andere dermatologische diagnose dan de huisarts in de verwijsbrief vooronderstelt (tabel).

Tabel.

	Frequentie	Percentage
Ja	110	70,5
Nee	46	29,5
Totaal	156	100

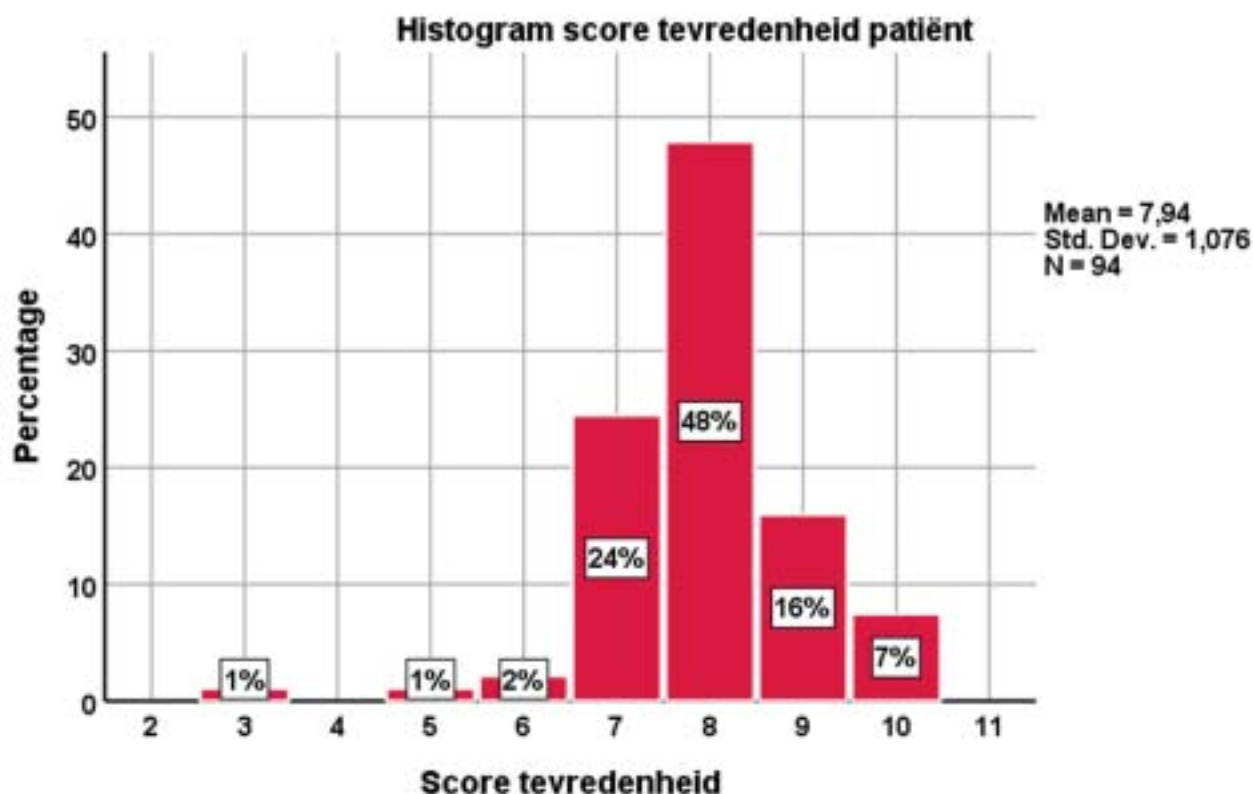
CONCLUSIES

Patiënten zijn bereid en in staat foto's van hun huidaandoening te maken. Slechts bij een enkeling waren de foto's van onvoldoende kwaliteit om een (werk)diagnose te kunnen stellen.

In ongeveer de helft van de gevallen was het 'coronaconsult' telefonisch af te handelen. Dit aandeel is waarschijnlijk geflatteerd: voor een deel van de patiënten zal op een later moment alsnog poliklinische behandeling nodig zijn. Telefonische afhandeling is goed mogelijk bij eczeem. De meeste fysieke vervolgspraken werden gepland voor patiënten met een verdenking op maligne dermatose.

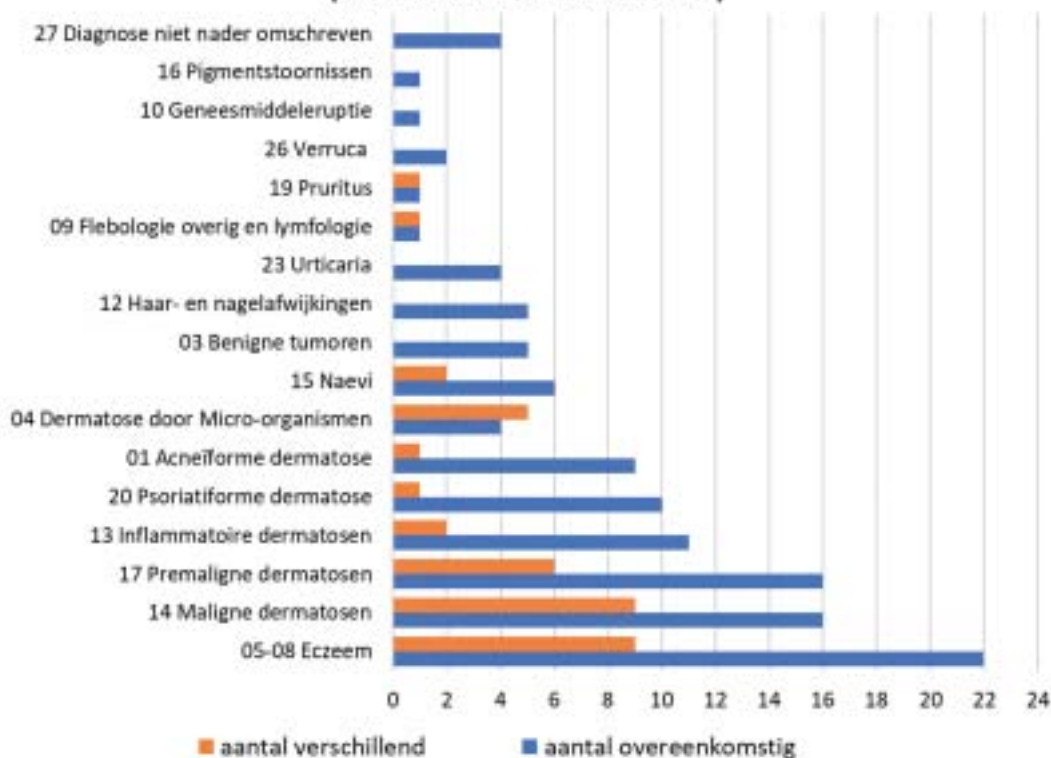
Patiënten zijn over het algemeen tevreden met telefonische triage. Een kleine meerderheid geeft evenwel voorkeur aan een fysiek poliklinisch consult bij een nieuwe klacht in de toekomst. Waarschijnlijk wordt deze groep groter als de consternatie over het coronavirus afneemt.

Professioneel beschouwd stellen de Deventer dermatologen dat fotografische triage van nieuwe dermatologische patiënten weinig efficiënt is. Zo is de tijdsinvestering gelijk aan een regulier nieuw consult op de polikliniek. Verder is de vereiste administratieve inspanning groter dan bij een fysiek consult.



Figuur 1.

DIAGNOSE DERMATOLOOG VERGELEKEN MET DIAGNOSE HUISARTS (ONDERZOEK DEVENTER ZIEKENHUIS)



Figuur 2.

Bovendien is bij de helft van de consulten een poliklinisch vervolg noodzakelijk. En meest belangrijk: de kwaliteit van dermatologische diagnostiek en zorg middels fotografische triage is inferieur aan 'face-to-face' contact. Deze nadelen ondervinden we ook bij teledermatologische consulten.

Desondanks wat het een nuttige exercitie om meer ervaring op te doen met triage via foto's en het vervangen van fysieke consulten door telefonisch contact. Zo zullen we een deel van de controles voor systemische medicatie in de toekomst telefonisch blijven doen. Ook kan fotografische triage van belang zijn bij toekomstige substitutie van zorg, waarbij men dermatologische zorg buiten de ziekenhuismuren levert.

Voor nieuwe patiënten is het denkbaar om bij bijvoorbeeld nagelafwijkingen, verrucae, benigne tumoren, acne en beperkte vormen van eczeem en psoriasis via fotografische triage een behandeladvies uit te brengen waarna de huisarts de follow-up verzorgt. Wij denken dat teledermatologie hiervoor meer geschikt is omdat dermatologen dan rechtstreeks een advies uitbrengen aan de huisarts en niet, zoals tijdens de coronacrisis, het advies met patiënt bespreken.

Over het algemeen is er goede overeenkomst tussen de verwijsdiagnose van de huisarts en de diagnose zoals gesteld door de dermatoloog. Het verschil in DBC-diagnose is relatief groot bij (pre)maligne huidafwijkingen; dit benadrukt het belang van nascholing voor onze verwijzers.

Met dank aan Anneriek Zandvoort voor de secretariële ondersteuning.

LITERATUUR

1. <https://nvdv.nl/professionals/covid-19/algemeen/adviezen-ten-aan-zien-van-dermatologische-zorg>.
2. Levi M. Ik zie, ik zie wat jij niet ziet. Med Contact 2020; 13 mei 2020.

KERNPUNTEN

- Patiënten zijn over het algemeen tevreden met telefonische triage van een dermatologische klacht. Een kleine meerderheid geeft evenwel voorkeur aan een fysiek poliklinisch consult bij een nieuwe klacht in de toekomst.
- Fotografische triage van nieuwe dermatologische patiënten blijkt weinig efficiënt: de tijdsinvestering is gelijk aan een regulier consult op de polikliniek, het vereist grotere administratieve inspanning en bij helft van de consulten is alsnog een poliklinisch vervolg noodzakelijk.
- De kwaliteit van dermatologische diagnostiek en zorg via fotografische triage is inferieur aan 'face-to-face' contact. Deze nadelen kleven aan teledermatologische consulten.
- Er zijn mogelijkheden tot uitbreiding van telefonische consulten binnen de groep controlepatiënten.

TREFWOORDEN

telefonische consulten – fotografische triage

KEYWORDS

consultation by telephone – photographic triage

CORRESPONDENTIEADRES

Leonie Derickx

E-mail: leonie.derickx@gmail.com



COVID-19: minder kanker gediagnosticeerd

R.C. Beljaards | dermatoloog en hoofdredacteur NTvDV | Rob Beljaards: r.beljaards@nvdv.nl

In de periode tussen 24 februari 2020 en 12 april laat de Nederlandse Kanker Registratie een forse afname zien van het aantal diagnoses van kanker. Dit effect is het meest uitgesproken voor huidkanker. Op meetpunt 24 februari was het totaal aantal kankers (exclusief huidkanker) 81% van het te verwachten aantal kankers; op 30 maart was dit 75%. Maar voor huidkanker - exclusief het basaalcelcarcinoom - was die afname nog sterker: respectievelijk 75% op peildatum 24 februari en zelfs 39% eind maart.

De auteurs geven hiervoor diverse verklaringen. Ten eerste de patiënt: deze kan hebben afgezien van een consult vanwege de veronderstelling dat de huisarts het te druk heeft met COVID-19, dat het ziekenhuis geen capaciteit heeft of uit angst voor een ziekenhuisbezoek in de coronaperiode. Ten tweede de zorgverlener: door de vervanging van live-consulten door telefonische consulten misten huisartsen mogelijk signalen van huidkanker. Ten derde de instellingen: ziekenhuizen hebben diagnostiek en behandelingen uitgesteld ten behoeve van COVID-19. Immers, ook de landelijke screeningprogramma's op borst-

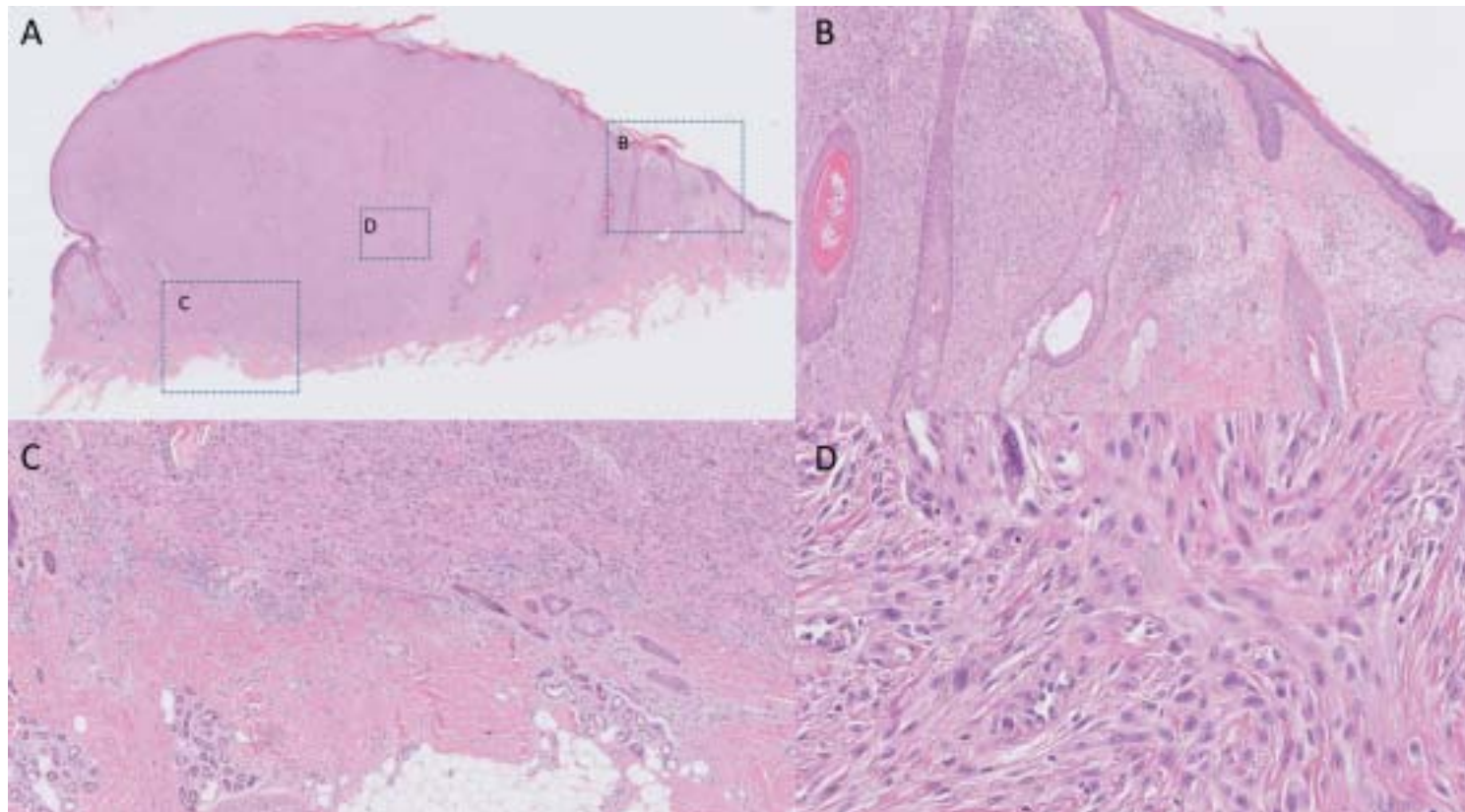
kanker, darmkanker en baarmoederhalskanker zijn stopgezet. Helaas gaan de auteurs niet in op een verklaring voor de verhoogde daling van huidkanker in vergelijking met andere vormen van kanker in de lockdown-periode. Een goede verklaring is ook niet eenvoudig te vinden. Daarbij is belangrijk te beseffen dat het basaalcelcarcinoom in deze waarneming is uitgezonderd. Uitgaande van een schatting van jaarlijks 16.000 gevallen van plaveiselcelcarcinoom en melanoom, bedraagt de daling in die zes weken ongeveer 2.000. Grofweg zijn dus er in de lockdown-periode 1.000 patiënten gemist met deze diagnoses. Uiteindelijk zullen die, naar verwachting, in de statistieken over de rest van het jaar als 'ingeaald' terug te vinden zijn. Het aantal 'in te halen basaalcelcarcinomen' betreft voor onze beroepsgroep een veelvoud hiervan.

Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. Lancet Oncol 2020; 21: 750-51



Dermatopathologie

P.K. Dikrama¹, A. Mooyaart², J. Damman², A.M.R. Schrader³, T. Middelburg⁴



Figuur 1.

CASUS (FIGUUR 1)

1. In welke huidlaag is de tumor gelegen?

- a) epidermaal
- b) dermaal
- c) subcutaan
- d) spier

2. Betreft het een exofytisch groeiende tumor?

- a) ja
- b) nee

3. Betreft het een scherp begrensde tumor?

- a) ja
- b) nee

4. Is er bij deze patiënt sprake van een zonbeschadigde huid?

- a) ja
- b) nee

5. Hoe is dit type tumorcellen het beste te omschrijven?

- a) spoelcellig
- b) heldercellig
- c) epitheloïdcellig

6. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- a) plaveiselcelcarcinoom
- b) nodulair basaalcelcarcinoom
- c) atypisch fibroxanthoom
- d) pleiomorf dermaal sarcoom
- e) metastase

De antwoorden vindt u op pagina 38.

CORRESPONDENTIEADRES

Petra Dikrama

E-mail: p.k.dikrama@erasmusmc.nl

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Patholoog, afdeling Pathologie, Erasmus MC, Rotterdam

³ AIOS Pathologie, afdeling Pathologie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden

⁴ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, KM Surgical, Christchurch, Nieuw-Zeeland



Weinig bewijs voor de aanbeveling van routinematig laboratoriumonderzoek in de follow-up bij gebruik van TNF-alfaremmers of ustekinumab voor psoriasis

C.J. de Jonge¹, M.B.A. van Doorn², R.I.F. van der Waal³

In de richtlijn Psoriasis uit 2017 wordt geadviseerd om bij patiënten met een biologic iedere 3-6 maanden laboratoriumonderzoek te verrichten, met daarbij de kanttekening dat mogelijk niet iedere test voor iedere patiënt zinvol zou zijn. In de huidige richtlijn Verantwoord gebruik biologics worden geen uitspraken gedaan over de aan te bevelen frequentie van monitoring door middel van laboratoriumcontroles bij het gebruik van biologics. Deze verschillende en multi-interpretabele richtlijnen leiden tot verwarring en verschillend beleid in verschillende dermatologische centra. Deze CAT* laat zien dat goede onderbouwing ontbreekt voor de aanbeveling van routinematige laboratoriumscreening in de follow-up van gezonde psoriasispatiënten die TNF-alfaremmers of ustekinumab gebruiken.

Steeds vaker vindt er bij patiënten met ernstige psoriasis langdurige behandeling plaats met biologics. [1] De fabrikanten van deze biologics adverteren met het feit dat deze medicatie een beter veiligheidsprofiel kent dan andere vormen van systemische medicatie en dat er tijdens het gebruik geen of nauwelijks laboratoriumonderzoek nodig zou zijn. [2] In de richtlijn *Verantwoord gebruik biologics* wordt geen uitspraak gedaan over de noodzaak van routinematig laboratoriumonderzoek bij psoriasispatiënten. [3] De huidige richtlijn *Psoriasis* van de NVDV adviseert om bij patiënten, behandeld met een biologic, iedere 3-6 maanden laboratoriumonderzoek te verrichten (bloedbeeld, leverenzymen (ALAT, γGT) en serumkreatinine). [4] Echter onder de betreffende tabel staat de kanttekening dat mogelijk niet iedere test voor elke patiënt zinvol zou zijn. Deze multi-interpretabele adviezen leiden tot verwarring en een inconsistent beleid in de verschillende dermatologische centra. In een review uit 2015 concludeerde men dat er te weinig bewijs is om voor of tegen routinematig laboratoriumonderzoek te pleiten in de follow-up van het gebruik van TNF-alfaremmers en ustekinumab. [5] In een retrospectieve cohortstudie uit 2017 concludeerden de onderzoekers dat routinematig laboratoriumonderzoek onnodig is gedurende langetermijnbehandeling met adalimumab, etanercept en ustekinumab. [6]

De huidige adviezen in de richtlijn *Psoriasis* van de NVDV zijn gebaseerd op de internationale richtlijnen en zijn ongetwijfeld bedoeld om patiënten te beschermen, maar leiden in de praktijk tot routinematig invasief onderzoek en extra tijdsbelasting voor patiënten. Dat leidt tot onnodige kosten voor zorg en maatschappij. De vraag is of dit invasief onderzoek terecht gebeurt.

Het doel van deze CAT is te onderzoeken of het langdurig gebruik van biologics bij psoriasispatiënten zonder pre-existente lever-, nier- of bloedbeeldproblematiek leidt tot bevindingen bij routinematig laboratoriumonderzoek die consequenties hebben voor de patiënt. Hierbij hebben we zowel TNF-alfaremmers als ustekinumab (anti-IL-12/IL-23), secukinumab (anti-IL-17) als de nieuwere generatie anti-IL-17 en anti-IL-23 biologics geïncorporeerd in de zoekstrategie.

METHODE

Zoekstrategie

Zowel in PubMed als Embase is gezocht naar artikelen tot 24 december 2019, waarbij wij de zoektermen refererend aan 'biologics', 'monitoring' en 'psoriasis' met elkaar combineerden (tabel 1). Na ontdebellen werden titel en abstract gescreend op in- en exclusiecriteria.

In- en exclusiecriteria

Inclusie gebeurde als de onderzoekspopulatie grotendeels bestond uit volwassen patiënten zonder bekende nier- of leverfunctiestoornis of -pathologie (zoals bijvoorbeeld hepatitis B en C) en zonder bekende bloedbeeldafwijkingen voorafgaand aan de behandeling met biologics. Als uitkomstmaat moesten bloedbeeldafwijkingen, nierfunctiestoornissen of leverfunctiestoornissen beschreven staan. Type studies die werden geïncorporeerd, waren systematische reviews en meta-analyses, randomized controlled trials, cohortstudies en case-control studies.

Exclusie gebeurde bij studies die uitsluitend patiënten inclueerden met pre-existente bloedbeeldafwijkingen, of functiestoornissen/pathologie van nieren of lever. Dat gebeurde ook met studies waarin mogelijke confounders als comorbiditeit

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie & Allergologie, UMC Utrecht (destijds aios dermatologie Tergooi MC, Hilversum)

² Dermatoloog, Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog, Tergooi MC, Hilversum

of comedicaatie onbenoemd bleven en waarvoor niet werd gecorrigeerd. Buiten beeld bleven dierstudies, studies met een taal anders dan Nederlands of Engels, 'narrative' reviews, casereports, caseseries en expert opinion artikelen.

Datacollectie

Auteur, jaar van publicatie, land van de studie, type studie, type biologic, de follow-up duur, beoogde uitkomstmaten en resultaten van alle studies legden wij vast.

RESULTATEN

Studieselectie

Onze zoekstrategie in Pubmed en Embase leverde 2007 hits op (tabel 1). Na ontubbeling en screening van titel en abstract resteerden 135 artikelen voor verdere analyse. Na screening van de artikelen op in- en exclusiecriteria en het checken van referenties bleven er acht artikelen over voor verdere analyse. Twee van deze acht artikelen betroffen systematische reviews met bijbehorende meta-analyse, respectievelijk uit 2008 en 2015. Omdat in deze reviews tevens onze gevonden artikelen stonden beschreven, zullen wij deze twee reviews in deze CAT niet afzonderlijk bespreken.

Studiekenarakteristieken

Alle patiënten in de onderzochte studies waren bekend met psoriasis (n=6.210), en een deel van deze populatie had daarnaast artritis psoriatica (n=164). (tabel 2, zie pagina 32)

Tabel 1. Zoekstrategie.

PubMed
((Biologic therap*[Title/Abstract] OR "Anti-tumor necrosis factor"[Title/Abstract] OR "Tumor necrosis factor"[Title/Abstract] OR Anti-TNF[Title/Abstract] OR "anti TNF"[Title/Abstract] OR TNF inhibit*[Title/Abstract] OR Tumor necrosis factor inhibit*[Title/Abstract] OR Anti-interleukin-17[Title/Abstract] OR Anti-interleukin-12[Title/Abstract] OR Anti-interleukin-23[Title/Abstract] OR "Anti IL-17"[Title/Abstract] OR "Anti IL-12"[Title/Abstract] OR "Anti IL-23"[Title/Abstract] OR Interleukin-17 inhibit*[Title/Abstract] OR Interleukin-12 inhibit*[Title/Abstract] OR Interleukin-23 Inhibit*[Title/Abstract] OR IL-17 inhibit*[Title/Abstract] OR IL-12 inhibit*[Title/Abstract] OR IL-23 inhibit*[Title/Abstract] OR "biologic DMARDS"[Title/Abstract] OR bDMARDS[Title/Abstract] OR Etanercept[Title/Abstract] OR Infliximab[Title/Abstract] OR Adalimumab[Title/Abstract] OR Certolizumab[Title/Abstract] OR Golimumab[Title/Abstract] OR Ustekinumab[Title/Abstract] OR Secukinumab[Title/Abstract] OR Brodalumab[Title/Abstract] OR Ixekizumab[Title/Abstract] OR Guselkumab[Title/Abstract]) AND (Monitoring[Title/Abstract] OR Test*[Title/Abstract] OR Follow up[Title/Abstract] OR Laboratory*[Title/Abstract]) AND (Psoriasis[Title/Abstract]))
Embase
('biologic therap':ti,ab OR 'anti-tumor necrosis factor':ti,ab OR 'tumor necrosis factor':ti,ab OR 'anti tn timer':ti,ab OR 'tnf inhibit':ti,ab OR 'tumor necrosis factor inhibit':ti,ab OR 'anti-interleukin-17':ti,ab OR 'anti-interleukin-12':ti,ab OR 'anti-interleukin-23':ti,ab OR 'anti IL-17':ti,ab OR 'anti IL-12':ti,ab OR 'anti IL-23':ti,ab OR 'interleukin-17 inhibit':ti,ab OR 'interleukin-12 inhibit':ti,ab OR 'interleukin-23 inhibit':ti,ab OR 'il-17 inhibit':ti,ab OR 'il-12 inhibit':ti,ab OR 'il-23 inhibit':ti,ab OR 'biologic dmards':ti,ab OR 'bdmards':ti,ab OR 'etanercept':ti,ab OR 'infliximab':ti,ab OR 'adalimumab':ti,ab OR 'certolizumab':ti,ab OR 'golimumab':ti,ab OR 'ustekinumab':ti,ab OR 'secukinumab':ti,ab OR 'brodalumab':ti,ab OR 'ixekizumab':ti,ab OR 'guselkumab':ti,ab) AND ('monitoring':ti,ab OR 'test':ti,ab OR 'follow up':ti,ab OR 'laboratory':ti,ab) AND ('psoriasis':ti,ab)

Ti, Titel; Ab, Abstract

In alle zes studies werden TNF-alfaremmers onderzocht, waarbij enkele studies daarnaast een aantal patiënten met efalizumab includeerden. [8,9,10] Dit middel, een monokonaal antilichaam dat gericht is tegen CD11a, werd in 2009 teruggetrokken in verband met een verhoogd risico op progressieve multifocale leuko-encefalopathie. Eén studie includeerde daarnaast het tegen IL-12 en IL-23-gerichte ustekinumab. [6] In geen van de studies onderzocht men anti-IL-17 of anti-IL-23 biologics. De studies van Hoffman et al. en van Van Lümmig et al. hanteerden als uitkomstmaat het aantal patiënten met ernstige laboratoriumafwijkingen, zoals gedefinieerd volgens de CTCAE-criteria (Common Terminology Criteria for Adverse Events) graad 3 of 4 (tabel 3). [6,7] De overige studies hanteerden zelfontworpen uitkomstmaten zoals een significante toe- of afname van de onderzochte laboratoriumparameters. De follow-up duur in de studies varieerde van enkele weken tot enkele jaren per biologic. Zie tabel 2 voor de duur van de follow-up per studie.

Resultaten studies

De studie van Van Lümmig et al. liet een incidentie van graad 3 en/of graad 4 laboratoriumafwijkingen zien bij 26% van de met etanercept behandelde patiënten en 14% van de met adalimumab behandelde patiënten. [7] Deze laboratoriumafwijkingen bleken grotendeels niet gerelateerd aan het gebruik van de biologic. De gevonden afwijkingen waren al pre-existent aanwezig, van voorbijgaande aard, gerelateerd aan comorbiditeit of gelijktijdig gebruik van methotrexaat. Bij geen enkele patiënt leidden de gevonden laboratoriumafwijkingen tot het staken van de behandeling. De auteurs concluderen dat deze bevindingen de noodzaak van routinematig laboratoriumonderzoek in patiënten met etanercept en adalimumab niet ondersteunen. Een vergelijkbare conclusie werd getrokken uit de studie van Hoffman et al. over de biologics adalimumab, etanercept en ustekinumab. [6]

De studie van Brunasso et al. liet een geïsoleerde trombocytopenie zien bij 5.97% van de patiënten die de TNF-alfaremmers etanercept of infliximab gebruikten binnen het eerste jaar na start van het biologic. [10] Chen et al. bekeken, binnen een groter cohort patiënten, het optreden van trombocytopenie bij patiënten met adalimumab, infliximab, etanercept en efalizumab. Zij vonden daarentegen geen enkele patiënt met

Tabel 3. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.03.

	Graad 3	Graad 4
Hemoglobine (mmol/L)	(♂ = ♀) ≤ 4.9-4.0	(♂ = ♀) ≤ 4.0
Leukocytose (*10 ⁹ /L)	≥ 17.0-20.0	≥ 20.0
Leukocytopenie (*10 ⁹ /L)	≤ 2.0-1.0	≤ 1.0
Lymfocytose (%)	≥ 50-55	≥ 55
Lymfocytopenie (%)	≤ 10-5	≤ 5
Creatinine (µmol/L)	♂ ≥ 330-660 ♀ ≥ 270-540	♂ ≥ 660 ♀ ≥ 540
Alanine aminotransferase (ALAT) (U/L)	≥ 225-899	≥ 900
γ-Glutamyl transferase (γ-GT) (U/L)	♂ ≥ 250-999 ♀ ≥ 175-699	♂ ≥ 1000 ♀ ≥ 700

een trombocytopenie en concludeerden dat deze bevinding zeldzaam is. [9]

De studie van Gisondi et al. gaf een significante toename te zien van triglyceriden bij gebruik van efalizumab en etanercept, en een significante stijging van ASAT en ALAT (OR resp. 1.87 en 1.74) binnen 16 weken na start van infliximab. [8] Hierbij was geen sprake van het gebruik van comedicaatie zoals methotrexaat. In de studie van Melgaço [11] werd ook een significante toename van ASAT en ALAT gezien bij patiënten die infliximab gebruikten en daarbij een acute hepatitis doormaakten. Er kon geen relatie worden gelegd tussen infliximab en de hepatitis omdat deze patiënten ook tegelijkertijd isonia-

zide gebruikten als tuberculose profylaxe, hetgeen een potentieel hepatotoxisch medicijn is.

De studie van Melgaço toonde geen afwijkingen in de creatinineklaring tijdens het gebruik van infliximab, adalimumab en etanercept. [11] Deze bevinding werd ondersteund door de andere studies.

DISCUSSIE

In deze CAT hebben we laten zien dat goede onderbouwing ontbreekt voor routinematige laboratoriumscreening in de follow-up van gezonde psoriasispatiënten die TNF-alfaremmers of ustekinumab gebruiken. Enkele nuancerende kant-

Tabel 2. Studiekarakteristieken en resultaten.

	Soort patiënten (N)	Behandel- episode biologic (N)	Duur follow- up	Uitkomstmaat	Relevante resultaten	Discussie
Hoffman et al. 2017 Duitsland Retrospectief cohort	Psoriasis (199) - waarvan 92 met artritis psoriatica	Adalimumab (113) Etanercept (63) Ustekinumab (23)	340 pj*	CTCAE LAE III- IV**	15 CTCAE III-IV (8%) in 2 gevallen leidend tot aanpassing biologische therapie (één pre-existente hemochromatose en één nieuw hepatocarcinoom)	Retrospectieve studie (selectiebias)
Melgaço et al. 2013 Brazilië Prospectief cohort	Psoriasis (15)	Adalimumab (3) Infliximab (6) Etanercept (6)	Onbekend	Niet beschreven	Geen significante verandering in creatinine klaring Toename van AST en ALT bij patiënten met infliximab	- Kleine onderzoekspopulatie - Geen follow-up duur beschreven - Infliximab patiënten ook hepatotoxische comedicaatie (isoniazide)
Gisondi et al. 2013 Italië Prospectief cohort	Psoriasis (10.539) waarvan met biologic (5554)	Adalimumab (228) Infliximab (898) Efalizumab (1402) Etanercept (3026)	16 weken per biological	Significante variatie LDL, triglyceriden, ASAT, ALAT en creatinine in week 8 en 16	Significante toename triglyceriden in efalizumab en etanercept patiënten ASAT en ALAT toename bij infliximab patiënten	- Korte follow-up (16 weken) - Verschillende laboratoria (mogelijke variatie labwaarden)
Van Lümig et al. 2011 Nederland Prospectief cohort	Psoriasis (162) - waarvan 46 met artritis psoriatica	Adalimumab (155) Etanercept (58)	Adalimumab (54 pj) Etanercept (316 pj)	Primair: Aantal patiënten (%) met CTCAE LAE III-IV Secundair: - Significante labafwijkingen - Stoppen door bijwerkingen	CTCAE LAE III-IV: - Adalimumab (14%) - Etanercept (26%) Geen enkele patiënt moest stoppen door laboratoriumafwijkingen, bij 2 patiënten leidde dit tot een tijdelijke onderbreking	Sterk punt: dagelijkse praktijk
Chen et al. 2011 Verenigde Staten Retrospectief cohort	Psoriasis (187)	Adalimumab (143) Infliximab (81) Etanercept (43) Efalizumab (13)	Gemiddeld 135 weken (10-382 weken)	Trombocyto-penie (afname trombocyten <50*10 ⁹ /L)	Geen trombocyto-penie 2 patiënten <100*10 ⁹ /L waarbij in beide gevallen herstel zonder staken biologic	Retrospectieve studie (selectiebias)
Brunasso et al. 2009 Italië en Oostenrijk Retrospectief cohort	Psoriasis (93) waarvan 26 met artritis psoriatica	Totaal (118) waarvan 67 met anti TNF- alfa Adalimumab (2) Infliximab (26) Efalizumab (51) Etanercept (39)	Gemiddeld 128 weken pp	Trombocyto-penie (afname trombocyten <50*10 ⁹ /L)	Trombocytopenie bij 4/67 patiënten met een anti-TNFalfa-remmer: - 1 etanercept, 3 infliximab - Allen in eerste jaar na start - Allen reversibel na staken therapie	- Retrospectieve studie (selectiebias) - Laag aantal TNF-alfa patiënten

* persoonsjaren.

** CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.03 (zie tabel 3)

tekeningen zijn hierbij op zijn plaats.

Het belangrijkste kritiekpunt is dat de geselecteerde studies cohorten betroffen met heterogene populaties en heterogene uitkomstmaten. Het retrospectieve aspect leidt tot een mogelijke selectiebias en de heterogeniteit van de studies zorgt ervoor dat de resultaten onderling slecht te vergelijken zijn. Het uitvoeren van een meta-analyse bleek hierdoor niet mogelijk. Slechts twee studies bleken specifiek te zijn ontworpen om te beoordelen welke monitoring relevant was. [6,7] Van deze twee studies werd de studie van Van Lümig et al. gesponsord door Wyeth Pharmaceuticals. Al schrijven de auteurs dat deze sponsoring geen rol speelde in de opzet en uitvoering van de studie, het verdere proces van dataverzameling en -management alsook het schrijven van het manuscript. [7] De follow-up in de genoemde studies varieerde van enkele weken tot enkele jaren per biologic. De studie van Gisondi et al. met de grootste studiepopulatie hanteerde een follow-up duur van slechts 16 weken per biologic. In de studie van Brunasso et al. werd slechts de gemiddelde follow-up duur in persoonsjaren per biologic beschreven. [10] In de studie van Melgaço et al. werd de follow-up duur niet expliciet vermeld. [11] De studies van Hoffman en Van Lümig et al. behelsden een gemiddelde follow-up duur van 1,5-2 jaar. [6,7] Bewijs omtrent de langetermijnresultaten van routinematig laboratoriumonderzoek is derhalve beperkt. Er is daarom behoefte aan meer prospectief onderzoek met real-life data om regelmatige monitoring te rechtvaardigen dan wel te weerleggen. Dit geldt ook voor de IL-12/IL-23 inhibitor (ustekinumab) en de nieuwere generaties anti-IL-17 en anti-IL-23 biologics die pas sinds enkele jaren bij psoriasis worden voorgeschreven en waarvan data nu nog ontbreken. De momenteel beschikbare data laten zien dat behandeling met een TNF-alfaremmers bij gezonde psoriasispatiënten niet zo frequent zou hoeven te worden gemonitord via laboratoriumonderzoek als de huidige NVDV-richtlijn *Psoriasis* adviseert.

Vanwege het ontbreken van enige onderbouwing voor het verrichten van routinematig laboratorium onderzoek voor de andere (IL-12/IL-23 en anti-IL-17 inhibitoren) biologics, is ons advies om ook hier de frequentie niet onnodig hoog te houden. Gezien de in de onderzochte studies licht tegenstrijdige bevindingen van afwijkende laboratoriumparameters in de eerste maanden tot een jaar na start van het gebruik, zou men bijvoorbeeld kunnen kiezen voor het slechts na drie en zes maanden na start van het biologic routinematig screenen op afwijkende bloedwaarden. Dit zou al een grote reductie beteken van invasief onderzoek en tijdbelasting voor de patiënt ten opzichte van de huidige gehanteerde frequentie. Daarnaast kan deze verandering in beleid leiden tot een cumulatieve, aanzienlijke kostenreductie voor de zorg en dus ook voor de maatschappij. Hiermee bedoelen wij zowel de kosten voor de laboratoriumbepaling zelf en het (telefonische) consult bij de arts, als de kosten voor het arbeidsverzuim van de patiënt voor het laten uitvoeren van het betreffende onderzoek. In het huidige zorgklimaat, gekenmerkt door de aandacht voor gepast gebruik van de beschikbare middelen alsmede zinnige en zuinige zorg, zou dit een passende ontwikkeling zijn.

Concluderend is er op dit moment geen goede onderbouwing voor het routinematig uitvoeren van laboratoriumonderzoek bij gezonde psoriasispatiënten die een biologic gebruiken. Dit wil echter niet zeggen dat follow-up door middel van laboratoriumonderzoek volledig verlaten kan worden. Het blijft van belang om per individu een beslissing te nemen, met inachtneming van de voorgeschiedenis, comorbiditeit en comedicaatie.

* CAT staat voor 'critically appraised topic': een systematische beschrijving van de literatuur over een bepaald onderwerp.

De literatuurlijst is vanaf drie weken na publicatie van dit artikel te vinden op www.nvdv.nl.

LEERPUNTEN

- De huidige richtlijn *Psoriasis* adviseert om bij het gebruik van een biologic iedere 3-6 maanden laboratoriumonderzoek te verrichten.
- Deze CAT onderzoekt of het gebruik van biologics bij psoriasispatiënten zonder bekende pre-existente bloedbeeld-, lever- en nierproblematiek leidt tot laboratoriumbevindingen die klinische consequenties hebben voor de patiënt.
- Er zijn weinig studies verricht naar de relevantie van monitoring.
- Er is weinig bewijs is voor de aanbeveling van routinematige laboratoriumscreening in de follow-up van gezonde psoriasis patiënten die een TNF-alfa remmer of ustekinumab gebruiken.
- Het blijft belangrijk om de meerwaarde van laboratorium-

onderzoek af te wegen voor de individuele psoriasis patiënt, met inachtneming van voorgeschiedenis, comorbiditeit en comedicaatie.

TREFWOORDEN

psoriasis – monitoring – biologic – TNF-alfaremmers – laboratoriumonderzoek

KEYWORDS

psoriasis – monitoring – biologic – TNF-alpha inhibitor – laboratory test

(Financiële) belangenverstrengeling
Geen belangenverstrengeling gemeld.

CORRESPONDENTIEADRES

Els de Jonge

E-mail: c.j.dejonge-3@umcutrecht.nl



Over alkyl glucosiden

De schaduwkant van herontdekken

M.M. Bakker¹, A.S.H.J. Lokin¹, T. Rustemeyer²

Zoals de plus- en minpolen van een magneet altijd afstand tot elkaar willen houden, zo mengen water en olie evenmin. Toch worden water en olie frequent verwerkt in onder andere cosmetische producten; surfactants maken dit mogelijk. En wat is er mooier dan een surfactant te gebruiken, gewonnen uit aardappelen of maïs, in een tijdperk dat veel consumenten 'natuurlijke' producten wensen? Toch hebben deze zogenaamde alkyl glucosiden een contactallergische schaduwkant voor steeds meer gebruikers.

SURFACTANTS

Surfactants (surface active agents) zijn verbindingen met zowel hydrofiele als hydrofobe eigenschappen die de oppervlakte-spanning kunnen verlagen. Wanneer de hydrofobe staarten van de surfactant een vetdruppel omringen en de hydrofiele koppen naar buiten gericht zijn, kunnen twee onmengbare vloeistoffen, zoals olie en water, met elkaar worden gemengd (emulgeren). Naast de emulgerende werking hebben surfactants een reinigende werking en kunnen ze bijdragen aan schuimen-de eigenschappen van een product. Doordat bij gebruik op de huid echter ook lichaamseigen vetten worden opgelost, kan dit uitdroging en irritatie van de huid tot gevolg hebben.

ALKYL GLUCOSIDEN

Alkyl glucosiden zijn surfactants die ontstaan door de chemische verbinding (condensatie) van glucose en een vetalcohol. Glucose wordt verkregen uit zetmeel van maïs, tarwe of aardappel. Het vetalcohol kan men onttrekken aan palmolie, kokosolie of koolzaadolie. Er zijn negentien verschillende soorten alkyl glucosiden, de naamgeving is afhankelijk van het aantal koolstofatomen in de staart van het molecuul (variërend van 2 tot 22 koolstofatomen). Decyl glucoside bevat bijvoorbeeld tien koolstofatomen, ethylglucoside slechts twee. Decyl glucoside is het meest gebruikte alkyl glucoside. Daarnaast worden cetearyl glucoside, lauryl glucoside en coco glucoside frequent gebruikt. De hoogste concentraties in *leave-on* producten worden gevonden van lauryl glucoside [1].

Alkyl glucosiden zijn veel gebruikte surfactants vanwege de plantaardige herkomst, milieuvriendelijke eigenschappen en de relatief weinig irritatieve werking. Irritatie van de huid treedt bij alkyl glucosiden relatief minder vaak op omdat men ze in lagere concentratie kan gebruiken dan andere surfactants. Bovendien zijn ze populair omdat ze niet vatbaar zijn voor oxidatie bij kamertemperatuur [2].

TOEPASSING

Medio jaren '60 van de vorige eeuw werden alkyl glucosiden voornamelijk gebruikt in *rinse-off* producten. Echter, gebruik hiervan nam steeds verder af ten behoeve van andere surfactants. Eind jaren negentig namen alkyl glucosiden echter opnieuw in populariteit toe vanwege bovengenoemde milieuvriendelijke eigenschappen. Tijdens deze comeback kregen de glucosiden toepassing behalve in *rinse-off* ook in *leave-on* producten zoals zonnebrandcrème en deodorant. Momenteel worden alkyl glucosiden toegepast in diverse (cosmetische) producten en huidreinigingsproducten zoals (zonnebrand)-crème, douchegel, shampoo en billendoekjes.

CONTACTALLERGIE

Vanaf begin 2000 verschenen diverse *case reports* over een contactallergie voor alkyl glucosiden. De meeste contactallergieën worden veroorzaakt door decyl glucoside, lauryl glucoside, cetearyl glucoside en coco glucoside. De lengte van de staart lijkt geen invloed te hebben op de mate van sensibilisatie. [2] Producten bij welke een contactallergie ten gevolge van alkyl glucoside zijn beschreven: zonnebrandcrèmes, shampoos, reinigingsproducten voor de huid, gelaat en bodylotion, crèmes en haarverzorgingsproducten. Van de *rinse-off* producten zijn shampoos de meest voorkomende oorzaak. Contactallergieën worden, afhankelijk van het gebruikte product, gezien op verschillende lichaamsdelen. [3] Beroepsmatige blootstelling kan ook voorkomen, waarbij zich met name klachten voordoen van de handen door gebruik van shampoos en haarverzorgingsproducten bij kappers of antiseptische producten in medische beroepen. De meeste positieve epicutane testen worden gevonden bij vrouwen met atopische constitutie. [2]

Gezien de brede toepassing van alkyl glucosiden kan een contactallergie hiervoor veel implicaties hebben voor een patiënt. Dit was onder andere de reden voor de American Contact

¹ Aios dermatologie, Amsterdam UMC, Amsterdam

² Dermatoloog, Amsterdam UMC, Amsterdam

Dermatitis Society deze stoffen in 2017 uit te roepen tot het 'allergeen van het jaar'. [4]

ALLERGologisch ONDERZOEK

In 2009 kwam decyl glucoside 5% in vaseline in de standaard-testserie van de North American Contact Dermatitis Group. In Europa zitten alkyl glucosiden niet in de Europese Standaardreeks. Routinematig testen gebeurt dus niet, met als gevolg een onderschatting van de prevalentie. In het allergologisch onderzoek veroorzaken alkyl glucosiden af en toe milde irritatie en dient men de huidtesten zorgvuldig af te lezen.

Op basis van de Noord-Amerikaanse cijfers wordt de incidentie van positieve reacties tussen 2011 en 2012 geschat op 1,6% waarbij men ongeveer de helft als klinisch relevant inschat. [5] Op dit moment adviseert de European Society of Contact Dermatitis decyl- en lauryl glucoside in een aanvullende testreeks routinematig te testen. [6] Op basis van de verkregen cijfers zal een beslissing genomen kunnen worden om deze allergeen aan de Europese Standaardreeks toe te voegen.

De optimale epicutane testconcentratie is heden nog niet vastgesteld. Decyl glucoside 5% in vaseline en lauryl glucoside 3% in vaseline zijn momenteel commercieel verkrijgbaar.

Klachten door andere alkyl glucosiden kunnen wel voorkomen, maar worden met bovenstaande allergeen niet specifiek getest. Er kunnen kruisreacties optreden, mogelijk omdat de chemische structuur van verschillende alkyl glucosiden grotendeels overeenkomt. Dit wordt vooral beschreven tussen de vaak gebruikte decyl, lauryl, cetearyl en coco glucoside. Het advies bij vaststelling van een contactallergie voor een alkyl glucoside: vermijd de gehele groep.

LITERATUUR

1. Fiume MM, Heldreth B, Bergfeld WF, et al. Safety assessment of decyl glucoside and other alkyl glucosides as used in cosmetics. *Int J Toxicol*. 2013 Sep-Oct;32(5 Suppl):22S-48S.
2. Loranger C, Alfalah M, Ferrier Le Bouedec MC, Sasseville D. Alkyl glucosides in contact dermatitis. *Dermatitis*. 2017 Jan/Feb;28(1):5-13.
3. Gijbels Dk, Timmermans A, Serrano P, Verreyken E, Goossens A. Allergic contact dermatitis causes by alkyl glucosides. *Contact dermatitis*. 2014 Mar;70:175-82.
4. Sasseville D. Alkyl glucosides: 2017 "Allergen of the Year". *Dermatitis*. 2017 Jul/Aug;28(4):296.
5. Warshaw EM, et al. North American Contact Dermatitis Group patch test results: 2011-2012. *Dermatitis*. 2015;26(1):49-59.
6. Wilkinson M, Gonçalo M, Aerts O, et al. The European baseline series and recommended additions: 2019. *Contact Dermatitis*. 2019 Jan;80(1):1-4.

LEERPUNTEN

- Alkyl glucosiden zijn surfactants, gewonnen uit plantaardige producten.
- Er is een frequente toepassing in zowel *leave-on* als *rinse-off* producten.
- Alkyl glucosiden zitten vooralsnog niet in de Europese standaardreeks.
- De prevalentie van contactallergieën voor alkyl glucosiden wordt waarschijnlijk onderschat.
- Wij adviseren, in lijn met advies van de European Society of Contact Dermatitis, om decyl en lauryl glucoside in een aanvullende testreeks routinematig te testen.

- Bij een vastgestelde contactallergie voor een alkyl glucoside wordt geadviseerd de gehele groep te vermijden.

TREFWOORDEN

alkyl glucosiden – surfactants – allergeen – contactallergie

KEYWORDS

alkyl glucosides – surfactants – allergen – contact dermatitis

CORRESPONDENTIEADRES

Thomas Rustemeyer

E-mail: t.rustemeyer@amsterdamumc.nl



Case report: een morbide obese vrouw met een gezwel ter plaatse van de *mons pubis*

D. Wang¹, D.J. Hijnen²

Massive localized lymphedema (MLL) wordt veroorzaakt door obstructie van lymfe-afvoer bij morbide obese patiënten door vetophoping leidend tot lymfoedeem. Het wordt beschouwd als een goedaardige overgroei van lymfeweefsel. Veel voorkomende lokalisaties van deze aandoening zijn het abdomen, mons pubis, scrotum en als meest voorkomende lokalisatie het dijbeen.

Patiënten presenteren zich meestal met een pijnloze massa die gedurende de jaren geleidelijk is gegroeid en die voor beperking van de mobiliteit zorgt. Deze massa gaat vaak gepaard met huidveranderingen zoals sclerose, excoriaties, verruceuze afwijkingen en papillomatose. MLL kan ook resulteren in het ontstaan van chronische wonden en infecties [1]. Het aantal morbide obese patiënten is stijgende en daarmee neemt de incidentie van MLL ook toe. Hierdoor zullen we steeds meer MLL patiënten tegenkomen in de dagelijkse praktijk. Het is daarom belangrijk om dit beeld te herkennen.

CASE REPORT

Een fors morbide obese, zorg mijdende 55-jarige vrouw van 295 kg en 1,68 m (BMI: 104 kg/m²) werd opgenomen in verband met gastro-enteritis. De voorgeschiedenis meldde slaapapnoe, hartfalen en COPD. Zij kwam al jarenlang niet meer buiten vanwege immobiliteit bij haar morbide obesitas. Haar tijd bracht ze op bed door. Bij opname viel een gezwel op ter plaatse van de mons pubis welke haar mobiliteit beperkte (figuur 1a). Dit gezwel was circa 7 jaar geleden klein begonnen en langzaam gegroeid. Af en toe was er een stekende pijn. Enkele jaren geleden was ze door een chirurg gezien voor dezelfde massa die toentertijd vele malen kleiner was. Het werd toen gediagnosticeerd als geïrriteerd vetweefsel waarbij het beleid expectatief was. De massa lekte dagelijks bloed en pus. Wij waren in consult gevraagd met als vraagstelling wat de diagnose van deze massa kan zijn. Bij lichamelijk onderzoek zagen we een gezwel van circa 50 cm in doorsnee met forse verruceuze plaques, papillomateuze papels, erythemateuze huidveranderingen en een *peau d'orange* (figuur 1b). De massa was zacht bij palpatie. De huid was fors sclerotisch. Laterodorsaal vertoonde het gezwel een groeve waaruit bloed en pus lekte (figuur 1c). Gezien het lange bestaan van het probleem en de morbide obesitas concludeerden we dat het ging om MLL. Een biopt werd genomen ter bevestiging van onze klinische diagnose MLL, waarbij het histopathologische beeld deze diagnose bevestigde. Het beleid ten aanzien van het gezwel

was expectatief gezien haar comorbiditeiten. Gedurende haar ziekenhuisopname verloor ze 30 kg met een gecombineerd regime bestaande uit fysiotherapie en een aangepast dieet.

DISCUSSIE

MLL wordt vaak verward met maligniteiten zoals liposaroom of atypisch lipoom. Het is daarom belangrijk om onderscheid te maken tussen deze diagnoses. MLL is een klinische diagnose. De karakteristieken die eerder in de introductie zijn genoemd, komen overeen met die van onze patiënte. Histologie kan de klinische diagnose bevestigen waarbij er de volgende eigenschappen aanwezig kunnen zijn: verdikte epidermis, gedilateerde lymfevaten, fibrose in de dermis en fors interstitieel oedeem.

Literatuur over MLL blijft schaars maar neemt geleidelijk toe. Dit heeft te maken met de toename van obesitas [1-12]. Het gemiddelde BMI beschreven in de literatuur van MLL patiënten is 61 kg/m² [2], veel lager dan dat van onze patiënte (BMI: 104 kg/m²). Bij ons weten, heeft onze patiënte de hoogste BMI van alle beschreven MLL-casuïstiek.

Initiële behandeling van chronisch lymfoedeem is conservatief, bestaande uit lymfoedeembehandelingen met therapeutisch elastische kousen, gewichtsreductie, fysiotherapie en lymfemassage. Bariatrische chirurgie kan overwogen worden. Daarentegen, bij de behandeling van MLL is chirurgie met of zonder reconstructie de eerste keus. In een review beschreven Chopra et al. dat in 9/68 (13%) MLL-casus een angiosaroom ontwikkelde [2,4]. Bij het beoordelen van beeldvormend onderzoek via CT of MRI moet gekeken worden naar noduli binnen de MLL-massa wat op maligniteit kan duiden. Aanvullend beeldvormend onderzoek werd in deze casus niet verricht door het gewicht van patiënte (295 kg), dat het maximum gewicht van een CT-/MRI-scan overschrijdt. Chirurgie werd niet verricht op dat moment vanwege haar comorbiditeit. Wellicht als de diagnose eerder zou zijn gesteld (tijdens het

¹ Arts-assistent, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam



Figuur 1a: Het gezwel ter plaatse van de mons pubis, overzichtsfoto.



Figuur 1b: Detailopname.



Figuur 1c: De groeve waaruit bloed en pus lekt.

consult bij de chirurg een aantal jaren geleden), had chirurgie toentertijd een goede optie kunnen zijn.

CONCLUSIE

MLL is een steeds vaker voorkomende aandoening die bijdraagt aan een verminderde kwaliteit van leven. Het is essentieel om deze aandoening in een vroeg stadium te herkennen aangezien behandeling dan nog redelijk gemakkelijk uitvoerbaar is.

De literatuurlijst is vanaf drie weken na publicatie van dit artikel te vinden op www.nvdv.nl.

KERNPUNTEN/LEERPUNTEN

- Massive localized lymphedema (MLL) is een langzaam progressieve aandoening die bij morbide obese patiënten wordt gezien ten gevolge van obstructie van lymfeafvoer door vetophoping leidend tot lymfoedeem.
- Patiënten presenteren zich vaak met een pijnloze massa die geleidelijk is toegenomen over een aantal jaren en de mobiliteit reduceert.
- Huidveranderingen die hiermee gepaard gaan, kunnen zijn: sclerose, excoriaties, verruceuze afwijkingen en papillomatose. Tevens kan het resulteren in chronische wonden met infecties.
- Het is belangrijk om tijdig deze aandoening te herkennen opdat adequate behandeling kan worden gegeven.

TREFWOORDEN

lymfoedeem – morbide obesitas

KEYWORDS

massive localized lymphedema – morbid obesity

CORRESPONDENTIEADRES

DirkJan Hijnen

E-mail: d.hijnen@erasmusmc.nl

Antwoorden

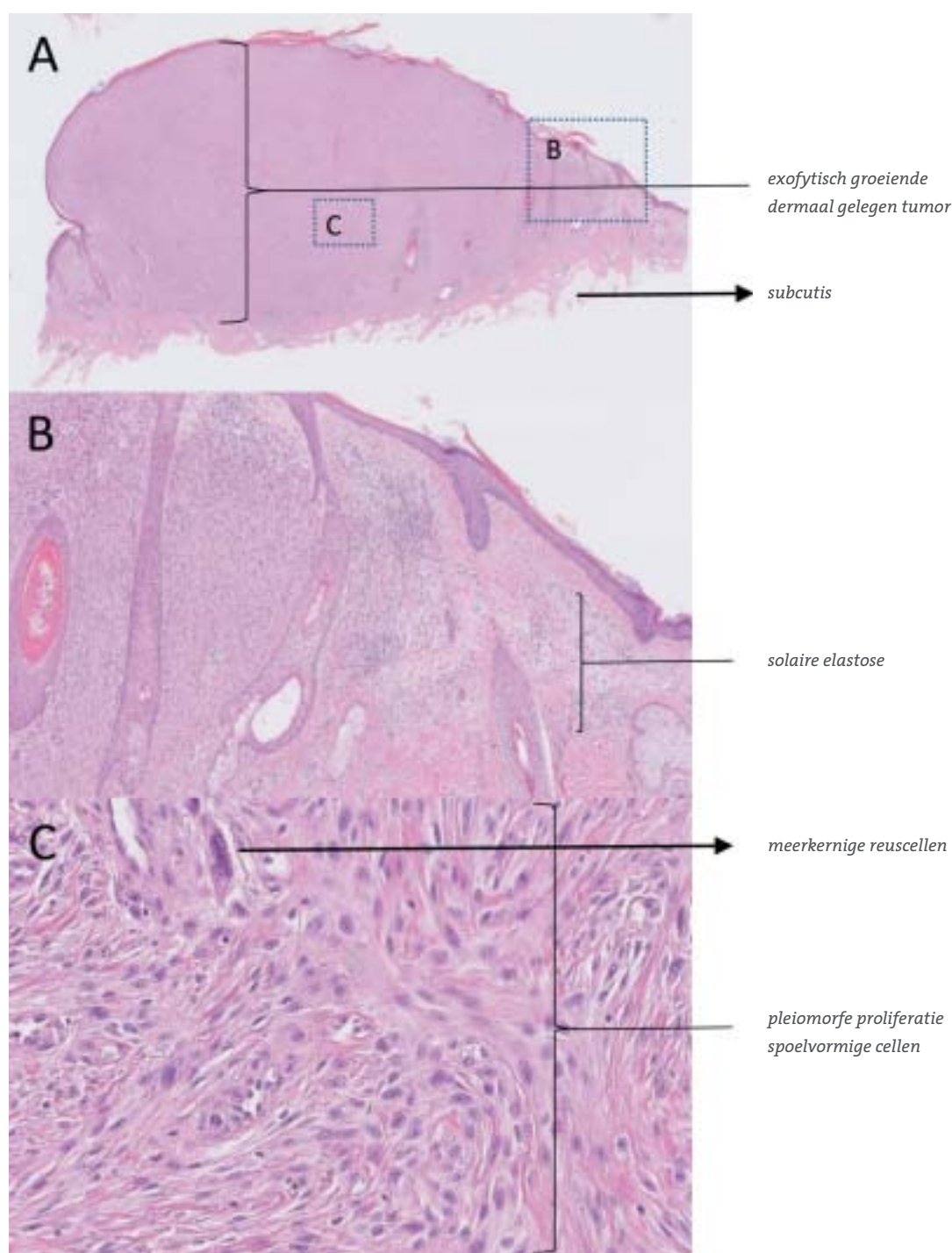
1b, 2a, 3a, 4a, 5a, 6c

HISTOPATHOLOGISCHE BESCHRIJVING (FIGUUR 2)

Het betreft een excisie tot in de subcutis. In de dermis bevindt zich een vrij scherp begrensde, exofytisch groeiende tumor, opgebouwd uit een proliferatie van polymorfe spoelvormige cellen met meerkernige reuscellen. De aangrenzende epidermis heeft een normaal aspect. In de aangrenzende dermis is solaire elastose zichtbaar. Er is geen invasie van de tumor in het subcutane vet.

DIAGNOSE

Atypisch fibroxanthoom (AFX).



Figuur 2.

BESPREKING

AFX is een tumor die zich vooral ontwikkelt op zonbeschadigde huid van met name oudere mannen. Daarnaast is radiotherapie een risicofactor. De cel van origine is, net als bij meerdere tumoren in de huid, onderhevig aan debat. Men dacht altijd dat het een fibrohistiocyttaire origine had, maar recente moleculaire studies laten zien dat de cel van origine mogelijk ook de keratinocyt zou kunnen zijn en dit eigenlijk een spoelcellig ongedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom betreft. Klinisch betreft het meestal een snel groeiende exofytische en ulceratieve, gemakkelijk bloedende tumor. Een AFX beperkt zich tot de dermis en groeit hooguit zeer oppervlakkig in het subcutane vet. Bij uitbreiding in het diepe subcutane vet of dieper, spreken we niet van een AFX, maar van een pleiomorf dermaal sarcoom (PDS).

Eigenlijk zijn het AFX en het PDS dus twee uiteinden van een spectrum en moeten worden gezien als één ziekte-entiteit. Het onderscheid wordt gemaakt vanwege de slechtere prognose van een PDS ten opzichte van een AFX, verklaard door de diepere groei van een PDS. Dit is vergelijkbaar met de slechtere prognose van dieper groeiende plaveiselcelcarcinomen. Een AFX heeft een vergelijkbare prognose met een T1 plaveiselcelcarcinoom en een PDS met een T3 plaveiselcelcarcinoom. Op een biopsie is vaak invasie in de subcutis niet goed te beoordelen en derhalve is onderscheid tussen een AFX en PDS vaak alleen mogelijk bij excisie. Histopathologisch is deze diagnose een diagnose *per exclusionem*. De differentiaal diagnose van een atypische spoelcellige tumor in de huid omvat een melanoom, angiosarcoom, leiomyosarcoom, maligne perifere zenuwschede tumor (MPNST), spoelcellig plaveiselcelcarcinoom, dermatofibrosarcoma protuberans en een metastase van een spoelcellige tumor (sarcoom, melanoom of carcinoom). De diagnose AFX/PDS kan dus alleen worden gesteld als immunohistochemische markers voor melanocyttaire/neurogene origine (MELANA, SOX10, S100), gladde spierceldifferentiatie (Desmine, Caldesmon, MSactine), vasculaire origine (CD31, CD34, ERG) en epitheliale origine (Keratines, p63, p40) negatief zijn. De relatie tussen kliniek en histologie bij een AFX, staat weergegeven in de tabel.

Qua behandeling is Mohs micrografische chirurgie (of Breuninger) superieur boven conventionele excisie, aangezien dit minder kans geeft op irradicaliteit en het optreden van locale recidieven.

Tabel. Atypisch fibroxanthoom, van kliniek naar histologie

Kliniek	Histologie
ulceratie	ontbrekende epidermis
tumor	dermale proliferatie van spoelvormige, histiociet-achtige cellen, vaak met uitgesproken pleiomorfie en aanwezigheid van multinucleaire reuscellen
zonbeschadigde huid	solaire elastose in omliggende dermis

LITERATUUR

Griewank KG, Wiesner T, Murali R. Atypical fibroxanthoma and pleomorphic dermal sarcoma harbor frequent NOTCH1/2 and FAT1 mutations and similar DNA copy number alteration profiles.

Mod Pathol. 2018;31(3):418-428.



Borrelia Burgdorferi: een weinig beschreven oorzaak van erythema exsudativum multiforme

L.A.J. Derickx¹, M.E.J. Zeeuwen-Franssen²

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Anamnese

Een 40-jarige man presenteert zich met een circa 3 maanden bestaande huidafwijking op de voetrug. Enkele dagen na het ontstaan van deze laesie ontwikkelen zich diverse rode plekken, beginnend op de handen en lijkend op blaasjes. De huidafwijkingen breiden zich uit naar benen en ellebogen. Bij een bezoek aan een dermatoloog in het buitenland wordt de diagnose erythema exsudativum multiforme (EEM) gesteld en een behandeling gestart met topicale en orale corticosteroïden. Na behandeling recideert de laesie op de voet en ontwikkelt zich een kring die zich in grootte uitbreidt. Dit was de reden voor het bezoek aan onze polikliniek. Patiënt heeft geen tekenbeet opgemerkt en gebruikt geen medicatie. Patiënt heeft geen systemische klachten en is nooit eerder behandeld voor Lymeziekte.

Dermatologisch onderzoek

Op de linker voetrug een 5 centimeter grote, scherp begrensde livide plaque (figuur 1).



Figuur 1. Laesie op de voetrug.

Foto's door patiënt zelf genomen van eerdere huidafwijkingen tonen targetlaesies (schietschijflaesies) op de extremiteiten (figuur 2).

Histologisch onderzoek

Het biopt van de voetrug toont enige hyperorthokeratose met een spoortje spongiose. De dermis bevat een toegenomen chronisch perivascuair lymfocytair ontstekingsinfiltraat reikend tot diep dermaal. Er zijn geen eosinofiele granulocyten aanwezig. Er worden geen plasmacellen gezien. De immunokleuring voor spirocheten is negatief.

Laboratoriumonderzoek

Borrelia Burgdorferi IgM en IgG zijn bepaald, beide positief. Western blot is tevens positief.

Diagnose en behandeling

De targetlaesies waarvoor patiënt eerder een collega-dermatoloog consulteerde, werden geïdentificeerd als passend bij EEM. Klinisch konden wij niet vaststellen of de laesie op de voetrug een



Figuur 2. Target laesies op handen.

¹ Anios dermatologie, Deventer Ziekenhuis, Deventer

² Dermatoloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

erythema migrans betrof dan wel een acrodermatitis chronica atrophicans. Zowel de tijdsduur van de klachten als het klinisch beeld kan passen bij beide uitingsvormen. Een causale relatie tussen het ontstaan van EEM en Lyme-infectie lijkt wel degelijk aannemelijk.

Patiënt werd behandeld met doxycycline 200mg/dag gedurende 10 dagen. Vanwege onvolledige genezing van de laesie op de voet werd de antibiotische behandeling verlengd tot een totale duur van 30 dagen in overleg met de Lyme-poli (Radboud UMC). Verdere klachten bleven uit en de laesie op de voetrug verminderde. Na 6 maanden behandeling was er nog een restafwijking op de voetrug zichtbaar.

BESPREKING

Erythema exsudativum multiforme (EEM) wordt beschouwd als een type 4 overgevoeligheidsreactie op onder meer virale en bacteriële infecties en medicatie. EEM wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van schietschijf- ook wel targetlaesies en kent een zelflimiterend beloop. EEM wordt afhankelijk van de uitgebreidheid ingedeeld in een minor en major variant. EEM minor presenteert zich als lokale huidlaesie met minimale of geen slijmvlies betrokkenheid. De papels ontwikkelen meestal binnen 24 uur tot de typische targetlaesies en beginnen vaak aan de extremiteiten. De laesies genezen spontaan na een dag of 7. [1]

EEM major is een ernstige, potentieel levensbedreigende, aandoening met betrokkenheid van slijmvliesen. Tot 10% van de huid kan hierbij aangetast worden en blaarvorming kan het gevolg zijn. [2]

EEM lijkt een T-cel gemedieerde afweerreactie, leidend tot een cytotoxische reactie op keratinocyten resulterend in sub-epitheliale en intra-epitheliale vesikelvorming. Dit zorgt voor blaarvorming en erosies. [3] De ontstaanswijze van weefsel-

schade lijkt te verschillen bij virus- en medicamenteus-geïnduceerde EEM, als ook bij Stevens-Johnson syndroom en toxisch epidermale necrolyse.

Bij virus-geïnduceerd EEM, zoals herpes simplex virus (HSV), worden viruspartikels in het bloed opgenomen door lymfocyten (met name CD34+ langerhanscel-precursors). Expressie van HSV-partikels in de epidermis leidt tot HSV-specifieke CD4+ Th1 cellen die IFN-gamma produceren. Dit zorgt voor een inflammatoire cascade met de destructie van HSV-geïnfec-teerde keratinocyten en het ontstaan van autoreactieve T-cellen als gevolg. [4]

EEM treedt op bij een klein percentage mensen op met een HSV-infectie, de reden hiervan is onbekend. Hypotheses zijn genetische vatbaarheid of verschillen in het verloop van de immuunrespons.

Medicamenteus-geïnduceerde EEM lijkt niet het resultaat te zijn van een vertraagd type overgevoeligheidsreactie. Bij deze vorm zorgen reactieve metaboliëten van het medicament voor het ontstaan van het klinische beeld. Apoptose van de keratinocyt wordt veroorzaakt door tumor necrosis factor alpha (TNF- α) afgegeven door keratinocyten, macrofagen en monocytën, leidend tot weefselschade. [3,5]

Borrelia Burgdorferi wordt in de literatuur ook genoemd als mogelijke oorzaak van EEM (zie tabel). De pathogenese is echter onbekend. Bij het doden van de spirocheet spelen zowel T-cellen als B-cellen een rol. Het is dan ook mogelijk dat eenzelfde T-cel gemedieerd mechanisme als bij HSV infectie kan leiden tot EEM.

Borrelia Burgdorferi is een spirocheet, overgedragen door een tekenbeet, welke de oorzaak is van de ziekte van Lyme. De klinische uitingen van Lymeziekte zijn divers. Zo kunnen de huid, grote gewrichten, het zenuwstelsel en in mindere mate het hart aangedaan worden. Men kan Lymeziekte onderverde-len in drie stadia:

Tabel. Verband tussen het ontstaan van EEM en *Borrelia*-infectie: literatuuroverzicht.

	Hardwell et al, 2000 [7]	Lesire et al, 2000 [8]	Schuttelaar et al, 1997 [9]
Casus	Jongen, 12 jaar koorts, misselijkheid, hoofdpijn sinds 2-3 weken. Later huiduitslag, artralgieën, faryngitis, pleurale pijn en een droge hoest.	42-jarige man, koorts en huidafwijkingen: symmetrisch op de extremiteiten maculopapels met in het centrum een vesikel en atypische targetlaesies op de handpalmen. Klachten sinds 1,5-2 weken. Mogelijke tekenbeet.	50-jarige man, targetlaesies op de romp, benen en armen sinds 3 weken. Subfebriel sinds 5 dagen. Tekenbeet 4 maanden vooraf.
Diagnostiek	Geen histopathologie. <i>Borrelia</i> -serologie negatief binnen 3 weken na ontstaan klachten. 2 weken later positief. Auto-immuunserologie, mycoplasma, Epstein-Barr virus, parvovirus, leptospira, histoplasma, coccidioides, Bartonella Henselae, antistreptolysine O negatief.	Histologie (handpalm): dermaal oedeem en lymphohistocytair infiltraat rond de kleine dermale vaten. <i>Borrelia Burgdorferi</i> -serologie: positief. Serologie: herpes simplex, mycoplasma, chlamydia, rickettsi conori, Coxiella burneti, Treponema en leprospira negatief.	Histopathologie (romp): milde hyperkeratose met perivasculaire en peri- adnexale lymfocytair dermale infiltraten. Geen spirocheet aangetroffen. <i>Borrelia Burgdorferi</i> -titer verhoogd. Herpes simplex, hepatitis B, syphilis, mononucleosis, CMV, uitgesloten.
Behandeling	Doxycycline, onbekende dosering gedurende 3 weken.	3 gram amoxicilline gedurende 3 weken.	Oraal doxycycline 200mg/dag gedurende 30 dagen
Beloop	Symptomen verdwenen na behandeling.	De huidlaesies verdwenen binnen 10 dagen en de <i>Borrelia</i> -titer daalde.	De <i>Borrelia</i> -titer daalde tijdens behandeling. EEM verdween binnen een week behandeling.

- vroeg gelokaliseerde Lymeziekte (waaronder erythema migrans en *Borrelia*-lymfocytoom), te behandelen met doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 10-14 dagen;
- vroeg gedissemineerde Lymeziekte;
- laat gedissemineerde Lymeziekte (waaronder acrodermatitis chronica atroficans), te behandelen met 2 dd 100 mg doxycycline gedurende 30 dagen.

Vaak ontstaan de ziekteverschijnselen bij *Borrelia* door een aangeboren of verworven afweerreactie van de gastheer. [6]

DISCUSSIE

De exacte pathogenese van het ontstaan van EEM blijft onduidelijk. Er zijn vele infecties met virussen, bacteriën en schimmels die EEM kunnen veroorzaken. Ook geneesmiddelen, neoplasmata, collageenziekten en vasculitiden zijn erkende oorzaken van EEM. In ongeveer de helft van de gevallen blijkt een onderliggende oorzaak niet te vinden.

In de literatuur zijn tot nu toe een drietal gevallen beschreven waarbij een infectie met de spirocheet *Borrelia* aanleiding geeft tot het ontstaan van EEM. In onze casus is de tijdsrelatie tussen het ontstaan van EEM en de laesie op de voetrug suggestief voor een causale relatie. Daarnaast zijn IgM en IgG antistoffen tegen *Borrelia* positief wat de kans op een actieve Lyme-infectie vergroot. Ook de reactie op behandeling pleit voor een Lyme-infectie als oorzaak van de laesie op de voetrug en dus als uitlokker van EEM.

Hierbij de volgende kanttekeningen:

- Het biopt bij onze patiënt was niet typisch voor een cutane uiting van een *Borrelia*-infectie. Histologisch onderzoek van cutane Borreliose levert vaak geen specifiek beeld op. Plasmacellen zijn suggestief voor een spirochetose. [10] Spirocheten zijn in de vroege fase van acrodermatitis chronica atroficans met een zilverkleuring goed aantoonbaar in het biopt. In onze casus werden geen plasmacellen of spirocheten gevonden.
- Daarnaast betekent de aanwezigheid van antistoffen tegen *Borrelia Burgdorferi* niet automatisch ook een actieve *Borrelia*-infectie. IgM- en IgG-antistoffen ontstaan gemiddeld respectievelijk drie en zes weken na infectie. Het is met laboratoriumtechnieken slechts beperkt mogelijk om te differentiëren tussen een doorgemaakte en actieve *Borrelia*-infectie. De aanwezigheid van IgM-antistoffen in combinatie met IgG-antistoffen is geen zeker kenmerk van actieve infectie hoewel het de kans daarop wel vergroot. [5]

Op basis van onze casus en de literatuur lijkt een causale relatie aannemelijk tussen het ontstaan van EEM en Lyme-infectie. Overweeg dan ook *Borrelia Burgdorferi* als een mogelijke uitlokkende agens voor een EEM.

LITERATUUR

1. Williams PM, Conklin RJ. Erythema multiforme: a review and contrast from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Dent Clin North Am.* 2005 Jan 1;49(1):67-76.
2. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol.* 2012 Aug;51(8):889-902.
3. Scully C, Bagan J. Oral mucosal diseases: erythema multiforme. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008 Mar;46(2):90-5.
4. Aurelian L, Ono F, Burnett J. Herpes Simplex Virus (HSV)-associated erythema multiforme (HAEM): a viral disease with an autoimmune component. *Dermatol Online J.* 2003;Feb;9(1):1.
5. Farthing P, Bagan J-V, Scully C. Number IV erythema multiforme. *Oral Dis.* 2005 Sep;11(5):261-7.
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Lymeziekte Richtlijn. 2018;1-20.
7. Harwell JJ, Fisher D. Fever, cough and rash in a twelve-year-old traveler. *Pediatr Infect Dis J.* 2000 Jan;19(1):81-87-8.
8. Lesire L, Machet C, Toledano A.V, et al. Atypical erythema multiforme occurring at the early phase of Lyme disease? *Acta Derm Venereol.* 2000 Aug 7;80(3):222.
9. Schuttelaar ML, Laeijendecker R, Heinhuis RJ, Van Joost T. Erythema multiforme and persistent erythema as early cutaneous manifestations of Lyme disease. *J Am Acad Dermatol.* 1997 Nov;37(5 Pt 2):873-5.
10. de Koning J. Histopathologic patterns of erythema migrans and borrelial lymphocytoma. *Clin Dermatol.* 1993;11(3):377-83.

LEERPUNTEN

- Erythema exsudativum multiforme (EEM) is een reactief huidbeeld uitgelokt door vele stimuli waaronder infecties en medicatie.
- EEM wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van schiet-schijf- ook wel targetlaesies kent een zelflimiterend beloop.
- Overweeg *Borrelia Burgdorferi* als een mogelijke uitlokkende agens voor een EEM.

TREFWOORDEN/KEYWORDS

erythema exsudativum multiforme – *Borrelia Burgdorferi* – Lyme(ziekte)

CORRESPONDENTIEADRES

Leonie Derickx

E-mail: leonie.derickx@gmail.com



Zeldzaam aantal glomustumoren

M.A. Hulshof¹, M.L. Castellanos Nuijts²

De huidafwijking glomustumor komt niet vaak voor en de diagnose wordt in eerste instantie veelal gemist. In de praktijk kwamen wij een atypische en nog zeldzamere variant tegen.

CASUS

Een 23-jarige man bezocht de polikliniek dermatologie met bij aanraking gevoelige, blauwe huidafwijkingen die sinds zijn jeugd aanwezig zijn. De voorgeschiedenis vermeldde hypospadie en hidradenitis. Verder was hij gezond en had hij geen actuele medicatie. Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een onrustige huid met multiële naevi en papulo-pustels. Op de bovenarm, onderrug en subclaviculair, allen aan de rechterzijde, waren multiële lenticulaire, blauwe papels en noduli zichtbaar (figuur 1, 2 en 3). Er werd gedacht aan het blue-rubber-blebnevus-syndroom en verder stonden onder andere hemangioom en angiosaroom in de differentiaal diagnose.

Histologisch onderzoek

Er werd besloten tot een diagnostische excisie van één van de blauwe huidafwijkingen op de rechter bovenarm. Dit toonde een laesie in de dermis, opgebouwd uit verwijde, onregelmatige vaatruimtes bekleed met endotheel. De vaatruimtes werden omgeven door cellen lijkend op glomuscellen, welke SMA positief waren. Op basis van dit alles werd de diagnose glomangioom gegeven (figuur 4, 5 en 6).

Diagnose

De combinatie van de diagnostische excisie en het klinische beeld leverden de volgende diagnose op: multiële glomangiomen. Recent is de term glomangioom vervangen door glomo-veneuze malformatie; in deze casus is er sprake van multiële glomo-veneuze malformaties. [1]

BESPREKING

Glomustumoren zijn zeldzame afwijkingen, want slechts 2% van alle wekedelentumoren zijn glomustumoren. Multiële glomustumoren komen nog minder vaak voor. Een glomustumor is een benigne woekering van glomuscellen in het glomus. Het glomus cutaneum regelt de bloedstroom door de arterio-veneuze anastomosen in de huid en speelt daardoor een rol bij de regulatie van de huidtemperatuur. Deze glomera zijn vooral geconcentreerd in de acra, maar bevinden zich overal in de huid. Glomustumoren vindt men dan ook het meest in de handen en voeten, typisch subunguaal. De tumoren zijn blauw tot paars en in tegenstelling tot andere veneuze malformaties zijn ze nodulair en slecht wegdrukbaar.



Figuur 1. Lenticulaire blauwe papels, rechts subclaviculair.



Figuur 2. Lenticulaire tot nummulaire blauwe papels en noduli, op de rug rechts.



Figuur 3. Detailopname van de rug rechts.

¹ Co-assistent, afdeling Dermatologie, Treant Zorggroep, ziekenhuislocatie Scheper, Emmen

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Treant Zorggroep, ziekenhuislocatie Scheper, Emmen

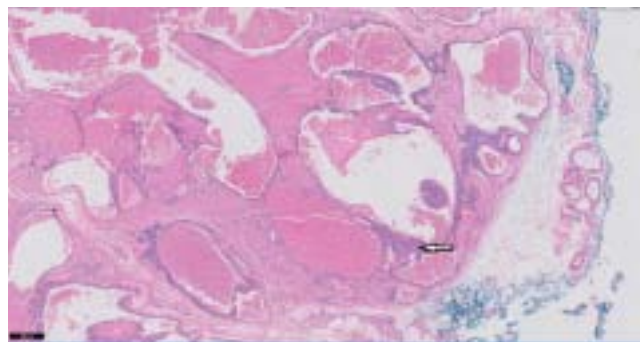
De afwijkingen meten meestal 2 tot 6 mm en komen voornamelijk voor bij vrouwen. Het bijbehorende klachtenpatroon is extreme pijn, koude-intolerantie en een sterke pijscheut bij lichte druk. [2,3,4]

Een overgrote meerderheid van de glomustumoren is benigne, maligne glomustumoren zijn echter wel beschreven (1%). De glomustumoren bestaan uit drie componenten: glomuscellen, vasculatuur en gladde spiercellen. Men onderscheidt drie categorieën van glomustumoren, met verschillende histologische eigenschappen. De meest voorkomende (75%) is de solide glomustumor; deze heeft een slechte vasculatuur en bevat weinig gladde spiercellen. Hierop volgen de glomangiomen ofwel glomo-veneuze malformaties (20%) met een prominente vasculaire component. De meest zeldzame zijn de glomangiomyomen (5%); op de voorgrond staan hier de vasculatuur en een groot aantal gladde spiercellen. Het is niet bekend of deze categorieën verschillen in prognose of beloop. Multipale glomustumoren zijn vaker minder solide, met de glomo-veneuze malformatie als meest voorkomende variant, zoals ook het geval is bij onze patiënt. [4,5]

Glomustumoren zijn moeilijk te diagnosticeren, dit geldt met name voor de laesies die niet typisch op de handen of onder de nagels gelokaliseerd zijn. De glomustumoren elders op de huid komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen en geven ook niet altijd pijnklachten. Een verklaring hiervoor is dat de tumoren met name pijnklachten geven als er weinig ruimte is voor groei, zoals in de vingers of onder de nagels. Bij elders gelokaliseerde tumoren is er minder snel sprake van compressie, waardoor er geringer pijn ontstaat. Verder staan er in de literatuur andere locaties van glomustumoren beschreven waar glomuscellen normaal niet voorkomen, zoals het mediastinum, zenuw, bot, long of het maag-darmstelsel. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de tumoren ontstaan uit perivasculaire gladde spiercellen die kunnen differentiëren naar glomöide celtypes. [5,6]

De diagnose glomustumor wordt het meest gesteld in de leeftijdsgroep van 30-60 jaar. Minder dan de helft van de diagnoses wordt klinisch gesteld en beeldvorming voegt vaak weinig toe. Uiteindelijk bepalen vooral de histopathologische bevindingen de diagnose. Via histochemische analyse valt de conclusie hard te maken: de tumoren zijn positief voor SMA (99%) en MSA (95%) en negatief voor CD31. Bij de histopathologische analyse van de tumoren in onze casus laten de markers dit eveneens zien. Bij symptomatische glomustumoren is complete chirurgische excisie behandeling van eerste keus. In de literatuur noemt men als behandelvarianten electro-dessisatie, pulsed dye laser (PDL) en sclerotherapie; echter extirpatie is het meest effectief. Hierbij is er een risico van 10% op een lokaal recidief, bij incomplete extirpatie. [5,7,8]

Van alle glomustumoren is 10-20% van het multipale type. De aantallen kunnen variëren van een paar tot honderden laesies. Er zijn veel verschillen beschreven in de presentatie van solitaire en multipale glomustumoren. Het grootste deel (70%) van het solitaire type worden rond de leeftijd van



Figuur 4. HE-kleuring, vergroting 5x: onregelmatige vaatruimtes omgeven door glomuscellen, aangegeven door de pijl.



Figuur 5. SMA marker, vergroting 5x: de glomuscellen zijn SMA positief.



Figuur 6. CD31 marker, vergroting 5x: de glomuscellen zijn CD31 negatief.

30 jaar opgemerkt, waar dit bij het multipale type 10 tot 15 jaar eerder is. De multipale laesies kunnen zich op jonge leeftijd ontwikkelen en glomustumoren bij kinderen zijn dus typisch multifocaal. Multipale tumoren zijn vaker erfelijk dan solitaire tumoren. Het gen voor de multipale, overerfbare variant van glomustumoren is gelinkt aan het chromosoom 10p21-22. Anakwenze et al beschreven in 2008 dat 59,1% van de patiënten met multipale glomustumoren ook familieleden had met glomustumoren. De solitaire variant komt meestal voor in de subunguale regio met het eerdergenoemde, klassieke klachtenpatroon. De multipale tumoren komen daarentegen het meest voor op de bovenste ledematen en hebben vaker een atypisch klachtenpatroon. Multipale glomustumoren zijn beter wegdrukbaar, vaak minder pijnlijk en soms zelfs pijnloos. Daar waar de solitaire glomustumoren vaker bij vrouwen worden gezien, laten multipale glomustumoren een gelijkwaardige man-vrouw-ratio zien. Beide varianten zijn vaak kleiner dan 1 cm, echter bij de multipale vorm worden afwijkingen tot 3 cm beschreven. De presentatie van multipale glomustumoren, zoals beschreven in deze alinea, is vergelijkbaar met de bevindingen in de casus. [4,5,8,9]

Bij onze patiënt waren de laesies gelokaliseerd op de arm, rug en borst. Overeenkomstig blijkt uit onderzoek van Anakwenze et al. bij multiple glomustumoren een betrokkenheid van extremiteit bij 90,9% en van de romp bij 36,4%. De diagnose van multiple glomustumoren is nog moeilijker te stellen dan van solitaire glomustumoren; initieel stelden de auteurs van dit onderzoek de diagnose multiple glomustumoren maar bij 18,2% van de patiënten. Dit kan leiden tot een verkeerde diagnose, verlengde duur van de symptomen, chronische pijn en veel consulten voorafgaand aan de behandeling. Oorzaken hiervan zijn de zeldzaamheid en de atypische presentatie. De meest overwogen werkdiagnoses voorafgaand aan de definitieve diagnose waren blue-rubber-bleb-nevus-syndroom en hemangioom; deze diagnoses kwamen naast angiosaroom, capillaire veneuze malformatie en multiple epithelioïde hemangiomen tevens terug in onze differentiaal diagnose. [4]

Er wordt een associatie gezien tussen glomustumoren en neurofibromatose type 1. Neurofibromatose type 1, voorheen de ziekte van Von Recklinghausen, is een autosomaal dominante aandoening, veroorzaakt door mutaties in het tumor-suppressor gen NF1. Patiënten met deze aandoening hebben een verhoogd risico op het krijgen van verschillende benigne en maligne tumoren. In 2014 vonden Harrison et al in de literatuur 36 gevallen van patiënten met neurofibromatose type 1 en glomustumoren. Bij een derde van deze patiënten werden multifocale tumoren gevonden. In 2009 liet het onderzoek van Brems et al de genetische associatie zien en zijn er mutaties van het NF1-gen in glomustumoren gevonden bij patiënten met neurofibromatose type 1. De onderzoekers lieten zien dat deze glomustumoren opkomen door inactivatie van het tumorsuppressor gen NF1 in SMA-positieve glomuscellen. Aangezien neurofibromatose type 1 vaak tijdens de kinderleeftijd wordt gediagnosticeerd en glomustumoren later, is het onwaarschijnlijk dat er patiënten met glomustumoren worden gezien met ongediagnosticeerde neurofibromatose type 1. Ook in onze casus lijkt er klinisch noch anamnestic sprake te zijn van ongediagnosticeerde neurofibromatose type 1. [9,10]

LITERATUUR

1. Boon LM, Vikkula M, Seront E. Venous malformations. Uptodate. Literature review current through: May 2020. | This topic last updated: Dec 16, 2019.
2. Spronk CA, Marck KW. Glomustumoren in de acra [Acral glomus tumors]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1990;134(4):170–72.
3. Chou T, Pan SC, Shieh SJ, Lee JW, Chiu HY, Ho CL. Glomus tumor: twenty-year experience and literature review. *Ann Plast Surg*. 2016;76 Suppl 1:S35–S40.
4. Anakwenze OA, Parker WL, Schiefer TK, Inwards CY, Spinner RJ, Amadio PC. Clinical features of multiple glomus tumors. *Dermatol Surg*. 2008;34(7):884–90.
5. Gombos Z, Zhang PJ. Glomus tumor. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132(9):1448–52.
6. Perry AW, Sosin M, Weissler JM, Chiaffarano JM, Barnard NJ. Multiple glomus tumors presenting as an aesthetic abnormality. *Aesthetic Plast Surg*. 2015;39(2):236–9.
7. Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional

experience of 138 cases. *Int J Surg Pathol*. 2015;23(3):181–8.

8. Iliescu OA, Benea V, Georgescu SR, Rusu A, Manolache L. Multiple glomus tumors. *J Dermatol Case Rep*. 2008;2(2):24–7.
9. Harrison B, Sammer D. Glomus tumors and neurofibromatosis: a newly recognized association. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2014;2(9):e214.
10. Brems H, Park C, Maertens O, et al. Glomus tumors in neurofibromatosis type 1: genetic, functional and clinical evidence of a novel association. *Cancer Res*. 2009;69(18):7393–401.

Met dank aan collega G. Dagey, patholoog Treant Zorggroep, voor de histopathologische afbeeldingen en uitleg.

LEERPUNTEN

- Glomustumoren zijn zeldzame, goedaardige tumoren, vooral voorkomend bij vrouwen van middelbare leeftijd; klachten: extreme pijn en koude-intolerantie.
- Glomustumoren presenteren zich meestal als kleine blauwe, niet wegdrubbare papels aan de handen en voeten, vaak subunguaal.
- Chirurgische excisie is effectief als behandeling.
- Een zeldzame variant van glomustumoren is het multiple beeld (10%).
- Multiple glomustumoren presenteren zich afwijkend, waardoor ze moeilijk te diagnosticeren zijn.
- Multiple glomustumoren kunnen op kinderleeftijd ontstaan, presenteren zich over het hele lichaam en zijn vaak minder pijnlijk of pijnloos.
- Er is een associatie tussen multiple glomustumoren en neurofibromatose type 1.

TREFWOORDEN

multiple – glomustumor – glomangioom / glomo-veneuze malformatie – neurofibromatose type 1

KEYWORDS

multiple – glomus tumor – glomangioma / glomuvenous malformation – type 1 neurofibromatosis

(Financiële) belangenverstrengeling
Geen belangenverstrengeling gemeld.

CORRESPONDENTIEADRES

Maaïke Hulshof

E-mail: m.a.hulshof@treant.nl



Argumenten voor het gebruik van Mohs micrografische chirurgie voor huidkanker

C.B. van Lee

Op 25 september 2019 promoveerde Lotte van Lee aan de Erasmus Universiteit Rotterdam onder begeleiding van haar promotoren dermatologen prof. dr. T.E.C. Nijsten en prof. dr. H.A.M. Neumann en haar copromotor dr. R.R. van den Bos. De resultaten uit het proefschrift *Support for the use of Mohs micrographic surgery for skin cancer* zullen patiënten en klinici helpen om de Mohs micrografische chirurgie beter onderbouwd te kunnen positioneren in hun behandelstrategieën voor huidkanker.



Traditiegetrouw schrijft Lotte van Lee haar naam in het 'zweetkamertje'.

Patiënten met een basaalcelcarcinoom (BCC) of een plaveiselcelcarcinoom (PCC) overlijden zelden aan hun huidkanker doordat BCC's en PCC's zelden uitzaaien. [1-4] Maar door de lokale tumorgroei kunnen BCC's en PCC's wel grote impact hebben op de functionaliteit en cosmetiek. Dit geldt met name voor het hoofd-halsgebied, daar waar BCC's en PCC's het vaakst voorkomen door de ultraviolette straling in zonlicht. [5] Omdat BCC's en PCC's zelden uitzaaien, is de chirurgische behandeling gericht op het lokaal verwijderen van de gehele tumor. Er zijn verschillende chirurgische technieken beschikbaar, waarvan

de standaardexcisie (SE) en de Mohs micrografische chirurgie (MMS) het meest worden toegepast. In dit proefschrift worden verschillende aspecten van de kwaliteit van SE en MMC geanalyseerd en met elkaar vergeleken.

DEEL I BASAALCELCARCINOMEN

In **hoofdstuk 2** beschrijven we een onderzoek naar de kwaliteit van BCC-zorg, met de vraag of deze gewaarborgd blijft als de BCC-zorg wordt verlegd van de specialist naar de huisarts. Om daar een uitspraak over te kunnen doen, werd het percentage van radicaal geëxideerde primaire BCC's berekend van huisartsen, dermatologen en plastisch chirurgen in Zuidwest-Nederland tussen 2008 en 2014. Uit 2.986 pathologieverslagen kwam naar voren dat excisies door huisartsen in 70% radicaal waren, terwijl dit voor dermatologen 93% was en voor plastisch chirurgen 83% ($p < 0,001$). Dit onderzoek toont aan dat een integraal zorgplan en specifieke training voor huisartsen noodzakelijk zijn, alvorens een verschuiving van BCC-zorg van de specialist naar de huisarts verantwoord is.

Hoofdstuk 3 en 4 gaan over de kwaliteit van de histologische diagnose van MMC coupes. In **hoofdstuk 3** staat de betrouwbaarheid van de beoordeling van coupes centraal. Het succes van de MMC hangt immers grotendeels af van de juiste interpretatie van de coupes. Om inzicht te krijgen in de mate van interpersoonlijke en intrapersoonlijke overeenstemming over de histologische diagnose is gekeken naar vijftig willekeurig geselecteerde MMC-coupes. Daarbij lag het aantal moeilijke coupes hoger dan in de dagelijkse praktijk (21% versus 6% in de dagelijkse praktijk), om zo een minimaal niveau van overeenstemming vast te stellen. De overeenstemming over de aanwezigheid van BCC's was substantieel, zowel interpersoonlijk tussen zes beoordelaars (drie MMC dermatologen en drie pathologen) en een referentiediagnose (vastgesteld na consensus door een MMC dermatoloog en een patholoog met beiden > 15 jaar ervaring) ($K = 0,66$, 95% BI 0,58-0,73), alsmede intrapersoonlijk voor elke beoordelaar op T1 versus T2 twee

maanden later ($K = 0,68$, 95% BI 0,59-0,76). Dit onderzoek toont aan dat de betrouwbaarheid van de beoordeling van MMC-coupees ten minste substantieel is. Met name voor moeilijk te beoordelen coupees is het verstandig om een collega intraoperatief om hulp te vragen ter preventie van misinterpretatie en uiteindelijk een recidief BCC.

In **hoofdstuk 4** werd onderzocht of een additionele beoordeling van coupees de kwaliteit van MMC verhoogt. Berekend werd hoe vaak een patholoog door de additionele beoordeling van 1.653 MMC-procedures een irradicaal geëxcideerde BCC ontdekte. De additionele beoordeling vond plaats binnen een week na de MMC in een universitair ziekenhuis tussen 2007 en 2011. De patholoog constateerde dat een BCC irradicaal was geëxcideerd met MMC in 2% (31/1.653) van de MMC-procedures. Dit onderzoek toont aan dat een additionele beoordeling van coupees de kwaliteit van de MMC optimaliseert doordat irradicaal geëxcideerde BCC's worden opgespoord wat uiteindelijk een recidief BCC voorkomt.

DEEL II PLAVEISCEL CARCINOMEN

In **hoofdstuk 5** ligt de focus op de kwaliteit van MMC in vergelijking met SE voor PCC in de hoofd-halsregio. Het risico op een PCC-recidief werd onderzocht na MMC versus SE in een secundair en tertiair ziekenhuis in Nederland tussen 2003 en 2012. Om geen enkel recidief te missen, werden alle patiënten gekoppeld aan de Nederlandse pathologiedatabase (Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief [PALGA]). Het risico op een recidief bleek 8% (22/292) voor SE tijdens een mediane follow-up van 5,7 jaar (IQR 3,5-7,8). Dit was hoger dan de 3% (12/380) voor MMC tijdens een mediane controle van 4,9 jaar (IQR 2,3-6,0, $p = 0,013$). De einddefecten na MMC waren vaker ≤ 2 cm (60%) dan na SE (32%), terwijl de PCC's die werden behandeld met MMC vaker > 2 cm in diameter waren (33%) dan de PCC die werden behandeld met SE (6%). De resultaten suggereren dat MMC superieur is ten opzichte van SE voor PCC in de hoofd-halsregio.

In **hoofdstuk 6** wordt de kwaliteit van PCC-excisie onder de loep genomen. Het percentage irradicale PCC-excisies werd berekend in een prospectieve studie in zes dermatologische centra tussen 2015 en 2017, aangevuld met een systematische literatuurstudie. Bij de in totaal 592 geïnccludeerde patiënten met 679 PCC's, werd 4% irradicaal geëxcideerd. De studiepopulatie bestond voornamelijk uit laag-risico PCC's, terwijl alle incompleet geëxcideerde PCC's hoog-risico tumoren waren. De incomplete excisies waren in 92% in de bodem irradicaal. In de systematische literatuurstudie werden 36 observationele studies geïnccludeerd, goed voor 11.235 PCC's. De samengevoegde gemiddelde schatting van het percentage irradicale PCC-excisies was 12% (95% BI 10-16, $I^2=92\%$, variatie 0-36%). Omdat de percentages van irradicale PCC-excisies zo uiteenlopen, is voorzichtigheid geboden in het trekken van conclusies over de doeltreffendheid van excisies voor PCC's.

DEEL III ZELDZAME TUMOREN

In hoofdstuk 7 wordt de kwaliteit van MMC voor zeldzame huidkankers onderzocht. Het percentage recidieven werd

berekend van zeldzame huidkankers na MMC in een universitair ziekenhuis tussen 2008 en 2012. Om geen enkel recidief te missen, werden alle patiënten gekoppeld aan PALGA. Van alle 80 patiënten die werden behandeld voor een zeldzame huidkanker recidiveerden slechts 3%, dit waren twee atypische fibroxanthomen (AFX). De overige tumoren recidiveerden niet: DFSP ($n = 27$), AFX ($n = 22$), merkelcelcarcinoom ($n = 8$), microcysteus adnexcarcinoom ($n = 9$), talgkliercarcinoom ($n = 6$), extramammaire ziekte van Paget ($n = 2$), en overige ($n = 6$). Deze twee AFX-recidieven bleken ongedifferentieerde pleomorfe sarcomen te zijn, wat in retrospectie al zo geweest zal zijn ten tijde van de MMC. Gezien het lage recidiefpercentage van 3% ondersteunt deze studie dat MMC een geschikte behandeling is voor de meeste zeldzame huidkankers.

In **hoofdstuk 8** wordt de kwaliteit van DFSP-excisie onderzocht. Het percentage van DFSP-re-excisies en recidieven werd bepaald op basis van data van de Nederlandse Kanker Registratie (NCR) tussen 1989 en 2016. Om geen enkele re-excisie en recidief te missen, werden alle patiënten die werden gediagnosticeerd met een DFSP tussen 1989 en 2013 gekoppeld aan PALGA. Zorgelijk genoeg bleek de helft van alle primaire DFSP-excisies irradicaal te zijn (847/1.644) en nog eens 29% (192/622) re-excisies was wederom irradicaal. De cumulatieve incidentie van ten minste één DFSP-recidief was 7% (95% BI 6%-8%) tijdens een mediane follow-up van 11 jaar (IQR 6-17). Er waren geen recidieven na de 34 MMC-operaties tijdens een mediane follow-up van vier jaar (IQR 3-6). Deze studie ondersteunt het advies van de Europese DFSP-richtlijn om patiënten met een DFSP bij voorkeur te behandelen met MMC. De onderzoeksresultaten uit dit proefschrift ondersteunen het gebruik van MMC voor BCC, PCC en zeldzame huidkankers.

In **hoofdstuk 9** wordt het huidige niveau van wetenschappelijk bewijs besproken van MMC voor BCC, PCC en zeldzame tumoren. Verder wordt besproken hoe de kwaliteit van MMC gewaarborgd en verbeterd kan worden.

LITERATUUR

1. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, et al. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:715-9.
2. Karia PS, Han J, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: estimated incidence of disease, nodal metastasis and deaths from disease in the United States, 2012. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:957-66.
3. Brantsch KD, Schonfisch B, Trilling B, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol* 2008;9:713-20.
4. Criscone VD, Weinstock MA. Descriptive epidemiology of dermatofibrosarcoma protuberans in the United States, 1973 to 2002. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:968-73.
5. Verkouteren JAC, Ramdas KHR, Wakkee M, et al. Epidemiology of basal cell carcinoma: scholarly review. *Br J Dermatol* 2017;177(2):359-72.

CORRESPONDENTIEADRES

Lotte van Lee

E-mail: c.vanlee@erasmusmc.nl



Samen verantwoordelijk

K-P. de Roos

Het is goed dat er in dit tijdschrift opnieuw aandacht besteed wordt aan 'samen beslissen'. De auteurs beschrijven door hen uitgevoerd onderzoek onder dermatologen en eczeem- en psoriasispatiënten. Hoewel beleidsmakers het samen beslissen soms zien als een panacee voor de problemen in de zorg, geven de auteurs terecht aan dat het vooral meerwaarde heeft bij voorkeursgevoelige beslissingen.

Die voorkeursgevoeligheid zit in feite al ingebakken in onze manier van werken als dermatoloog. Wij kleuren immers soms ons advies, bijvoorbeeld wanneer wij een geneesmiddel willen voorschrijven en er, zoals bij acne, niet veel goede alternatieven zijn. Wanneer er wel verschillende gelijkwaardige alternatieven zijn, is het goed dat we ook de voorkeuren van de patiënt in de besluitvorming meenemen. Uit dit onderzoek blijkt dat bijna alle artsen bekend waren met het begrip 'samen beslissen'. En hoewel van de geënquêteerde patiënten verondersteld mag worden dat zij bovengemiddeld geïnformeerd zijn - immers lid zijnde van de VCME of bekend met de website van Psoriasispatiënten Nederland - kende maar iets meer dan de helft dit begrip. Bij de artsen viel geen correlatie te leggen met leeftijd, jaren ervaring of werkplek. Bij patiënten ontbrak de correlatie tussen de wens tot 'samen beslissen' en leeftijd, ziekte duur of opleidingsniveau. Waar artsen gebrek aan tijd als belangrijkste barrière ervoeren, zag bijna driekwart (72%) van de patiënten het vaak wisselen van de behandeld arts als belangrijkste barrière. Een erg hoog percentage, zeker voor wie bedenkt dat niet alleen opleidingsklinieken maar ook perifere klinieken en ZBC's benaderd zijn voor dit onderzoek. Los van het wel of niet implementeren van *Samen Beslissen* is dit zeker iets om als behandelaars naar te kijken. De patiënt houdt dus niet van wisselende arts-contacten.

In het in opdracht van het Zorginstituut opgestelde rapport *Samen beslissen in de praktijk*, verschenen in juni 2019, staan een aantal opvallende zaken:

- Patiënten vertrouwen nog altijd het meest op het advies van de huisarts, familie en vrienden, en eerdere ervaringen en in veel mindere mate op vergelijkingswebsites.
- Beperkt percentage van de verzekerden maakt een actieve keuze (13%). 87% van de patiënten kiest niet actief.
- Het (online) beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie over zorgaanbieders heeft geen of weinig effect op het zorggebruik van patiënten, op besluiten die zorgaanbieders maken of op de kwaliteit van de zorg.
- Hoewel patiënten zeggen uitkomsten belangrijk te vinden, vindt de daadwerkelijke keuze met name plaats op basis van andere factoren zoals service, wachttijden en beschikbaarheid van nieuwe technologieën.

Men kan de patiëntenfolder daaraan toevoegen, aangezien slechts 29% van de patiënten deze nuttig vond. En ik ben er nog niet helemaal uit of dit nou tegen of juist voor 'samen beslissen' pleit. Zolang wij informatie blijven 'zenden', gebeurt er waarschijnlijk minder dan wanneer wij het *Samen Beslissen*. Wij geven folders en andere informatiedragers mee, nemen aan dat men die ook leest, veronderstellen dat de patiënt die informatie gebruikt en dat de geboden informatie de patiënt motiveert tot het aannemen van vooral een actievere rol. Daarom zou ik een nieuw begrip willen introduceren: 'Samen Verantwoordelijk'. Samen de verantwoordelijk nemen voor het slagen van de ingezette behandeling. Het advies volgen, geneesmiddelen innemen, en steeds meer PROM's invullen. Want *Samen Beslissen* betekent ook uitkomsten meten en delen. Het is daarom goed dat er momenteel een pilotstudie loopt waarin men ook de uitkomsten gaat meten. Hoe je ook wendt of keert: *Samen Beslissen* kost meer tijd. Ook wanneer je de patiënt een keuzehulp aanbiedt, of de in januari geïntroduceerde consultkaarten met de patiënt doorneemt. De patiënt moet de extra informatie tot zich nemen en de dermatoloog zal dit vervolgens moeten bespreken en waar nodig extra uitleggen om daadwerkelijk samen te beslissen. Ook de huisarts past *Samen Beslissen* in de praktijk toe, maar hier wordt de patiënt met de keuzehulp in veel gevallen begeleid door een praktijkondersteuner. En hoewel veel dermatologische praktijken ervaring hebben met een eczeem- of ander verpleegkundig spreekuur, zal er voor *Samen Beslissen* ook geld moeten vrijgemaakt door de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut is helder in haar rapport: "Geef & neem voldoende tijd voor een goed gesprek. Geef patiënt het gevoel dat er tijd is voor het stellen van vragen". En "Samen Beslissen moet aansluiten bij het *primaire werkproces* en ondersteund worden door het management met voldoende *tijd, geld en personeel*".

De NVDV-adviseur beroepsbelangen pleit bij DBC-onderhoud al vele jaren tevergeefs voor uitbreiding van de tijd per consult. Mogelijk dat we zorgverzekeraars nu wel kunnen overtuigen van het feit dat *Samen Beslissen* geen 'extra service' is, maar gewoon goede zorg.

CORRESPONDENTIEADRES

Kees-Peter de Roos

E-mail: kpdr@dermapark.nl

Dermatoloog, DermaPark, Uden



Samen beslissen: de stand van zaken in de dermatologie en ontwikkeling van een keuzehulp psoriasis

G.E. van der Kraaij¹, E.M. Baerveldt², M. Boshuizen³, D. Determann⁴, I. van Ee⁵, M. Hageman⁶, A.M. van Huizen⁷, W.J.A. de Kort⁸, G. Tafuni⁵, P.M.G. Smeets⁹, E.M.A. Smets¹⁰, F.M. Vermeulen⁷, Ph.I. Spuls¹¹

Samen Beslissen staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling. Met verschillende campagnes zoals *3 goede vragen* en *Betere zorg begint bij een goed gesprek* worden artsen en patiënten aangespoord tot deze vorm van besluitvorming. Maar er zijn ook veel vragen. Want willen dermatologen en patiënten *Samen Beslissen*? Hoe goed of slecht gaat het op dit moment? Moeten we dit verbeteren en kan een keuzehulp uitkomst bieden?

Bij *Samen Beslissen* maken arts en patiënt gezamenlijk de keuze voor de behandeling (of diagnostiek) die het beste past bij de patiënt. Hoewel *Samen Beslissen* de laatste jaren veel aandacht krijgt, is het betrekken van de patiënt bij de behandelkeuze niet nieuw. Het is zelfs één van de drie pijlers waarop evidence-based medicine berust: het beste beschikbare bewijs, de klinische expertise van de behandelaar en de waarden en wensen van de patiënt. [1] Argumenten voor *Samen Beslissen* zijn vooral van ethische aard, zoals respect voor de persoonlijke waarden en autonomie van de patiënt. [2]

Samen Beslissen heeft vooral meerwaarde bij voorkeursgevoelige beslissingen waarin behandelopties vergelijkbaar zijn en de beste behandeling afhankelijk is van de waarden en voorkeuren van de patiënt. Veel behandelbeslissingen in de dermatologie zijn voorkeursgevoelig waardoor het vak uitermate geschikt is voor gezamenlijke besluitvorming. [3]

Aansluitend op een eerder in dit tijdschrift verschenen artikel [4] presenteren wij een samenvatting van twee projecten rondom samen beslissen. Het eerste betreft een vragenlijststudie naar de huidige mate van *Samen Beslissen* onder dermatologen en patiënten met psoriasis of eczeem, die recent werd gepubliceerd in de JEADV. [5] Het tweede betreft de ontwikkeling van een keuzehulp voor systemische behandeling bij psoriasis.

VRAGENLIJSTSTUDIE

Doel van de studie

Het primaire doel van de studie was het meten van de huidige mate van *Samen Beslissen* zoals die wordt ervaren door dermatologen en patiënten met psoriasis of eczeem. Secundaire doelen waren het meten in hoeverre dermatologen en patiënten samen willen beslissen, welke kenmerken er zijn bij artsen of patiënten die correleren met de wens om samen te beslissen, en om barrières en mogelijkheden ten opzichten van *Samen Beslissen* te exploreren.

Methoden

Er werden twee vergelijkbare vragenlijsten per e-mail verstuurd naar dermatologen (leden van de NVDV) en patiënten (leden van de Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem [VMCE]). Daarnaast plaatsten we een link naar de vragenlijst op de website van VMCE en Psoriasispatiënten Nederland (PN) en op de social media kanalen en werden flyers uitgedeeld op het PN-symposium, bij gelegenheid van Wereldpsoriasisdag 2018.

Inclusiecriteria voor dermatologen waren: NVDV lid en praktiserend behandelaar van psoriasis of atopisch eczeem. Inclusiecriteria voor patiënten waren: 18 jaar of ouder en in de afgelopen twee jaar behandeld door een dermatoloog voor psoriasis of atopisch eczeem.

¹ Promovendus en aios dermatologie, Amsterdam UMC

² Dermatoloog, Bravis Ziekenhuis, Bergen op Zoom

³ Onderzoeker, PATIENT+

⁴ Arts-epidemioloog, PATIENT+

⁵ Patiëntvertegenwoordiger, Psoriasispatiënten Nederland

⁶ Arts en oprichter PATIENT+

⁷ Promovendus, afdeling Dermatologie, Amsterdam UMC

⁸ Dermatoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda

⁹ Aios dermatologie, UMC Utrecht

¹⁰ Hoogleraar medische psychologie, Amsterdam UMC

¹¹ Dermatoloog en hoogleraar Dermatologie, Amsterdam UMC

Vragenlijsten: De ervaren mate van *Samen Beslissen* werd gemeten met de Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q; range 0-100), bestaande uit één versie voor artsen (SDM-Q-doc) en één voor patiënten (SDM-Q-9). [6] De mate waarin dermatologen of patiënten samen willen beslissen werd gemeten met de Control Preference Scale (CPS). [7] Als laatste werden stellingen over onder andere barrières en mogelijkheden bij *Samen Beslissen* beantwoord op een 4-punts Likert scale van 'totaal mee oneens' tot 'totaal mee eens'.

Analyse

De resultaten van de SDM-9 vragenlijsten werden vergeleken met een Mann-Whitney-U test, de data van de CPS met een chi-square test, en de stellingen met een Somers' d test. Somers' d is een maat om de correlatie van ordinale variabelen uit te drukken. Een Somers' d van 1 is een perfecte correlatie. Een waarde < 0.3 voorspelt minder dan 30% van de uitkomst en werd beschouwd als geen tot een minimale correlatie zonder klinische relevantie. [8]

Resultaten

147 dermatologen en 219 patiënten (139 patiënten met eczeem en 80 patiënten met psoriasis) vulden de vragenlijst in. Bijna alle artsen (97%) waren bekend met het begrip *Samen Beslissen* en 18% had trainingen of lezingen over *Samen Beslissen* gevolgd. Van de patiënten had de helft (52%) eerder van *Samen Beslissen* gehoord.

Huidige ervaren mate van Samen Beslissen

Dermatologen rapporteerden meer *Samen Beslissen* te ervaren in hun consulten dan patiënten: SDM-Q 82 (95% CI 80; 83) vs. 55 (95% CI 51; 58), $p < 0.01$ (zie ook figuur 1). Van de patiënten gaf 56% aan dat bij het starten van een behandeling geen behan-

delopties waren besproken, waarbij het in 23% van de gevallen ging om systemische therapie.

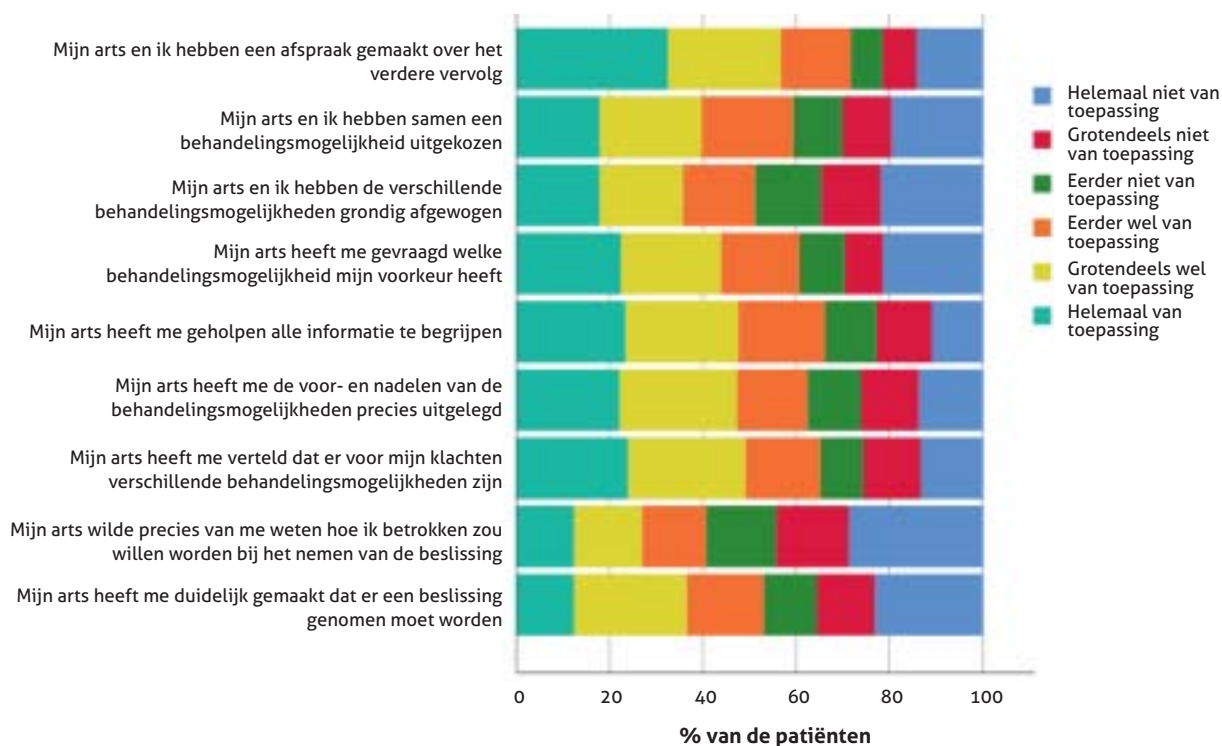
Wens voor Samen Beslissen

Als het gaat om het kiezen van topische therapie wilden de meeste dermatologen (50%) de 'behandelkeuze maken, waarbij zij sterk rekening houden met de wens van de patiënt' (figuur 2). Voor lichttherapie en systemische therapie wilden de meeste artsen (59% in beide gevallen) een gezamenlijke keuze maken. De meeste patiënten gaven aan een gezamenlijke behandelkeuze te willen maken (45% voor topische behandeling, 40% voor licht- en 39% voor systemische therapie), maar voor alle drie de behandelgroepen gaf 30% aan bij voorkeur 'zelf de behandelkeuze te maken waarbij sterk rekening wordt gehouden met de mening van de arts'.

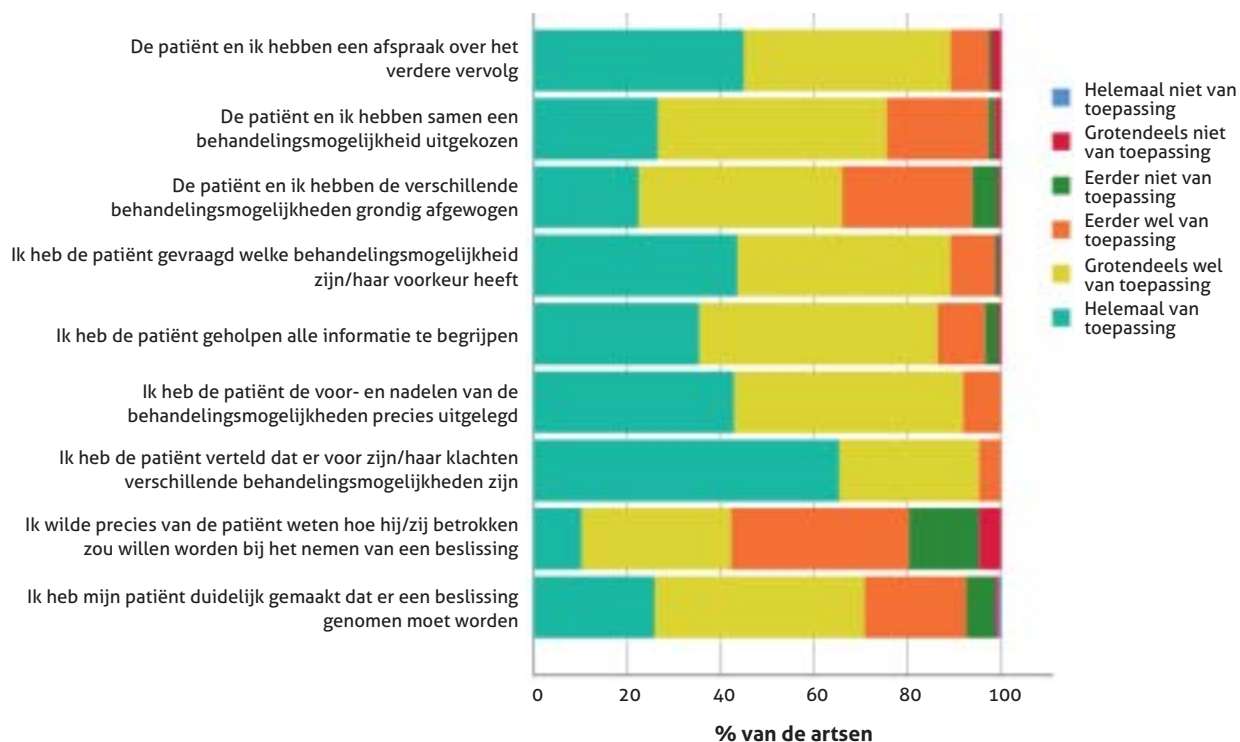
Karakteristieken die gerelateerd zijn aan de wens voor Samen Beslissen

Er werd geen significante correlatie gevonden tussen de wens om samen te beslissen en de leeftijd van de artsen, de jaren werkervaring als dermatoloog, de werkplek (academisch ziekenhuis, perifeer ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of de geplande consultduur (Somers' d < 0.3 in alle gevallen). Dermatologen die eerder een lezing of nascholing over *Samen Beslissen* hadden gevolgd, wilden wel vaker samen beslissen voor topische-, licht- en systemische behandelingen (respectievelijk Somers' d 0.30, $p = 0.01$; Somers' d 0.31, $p < 0.01$; Somers' d 0.34, $p < 0.01$).

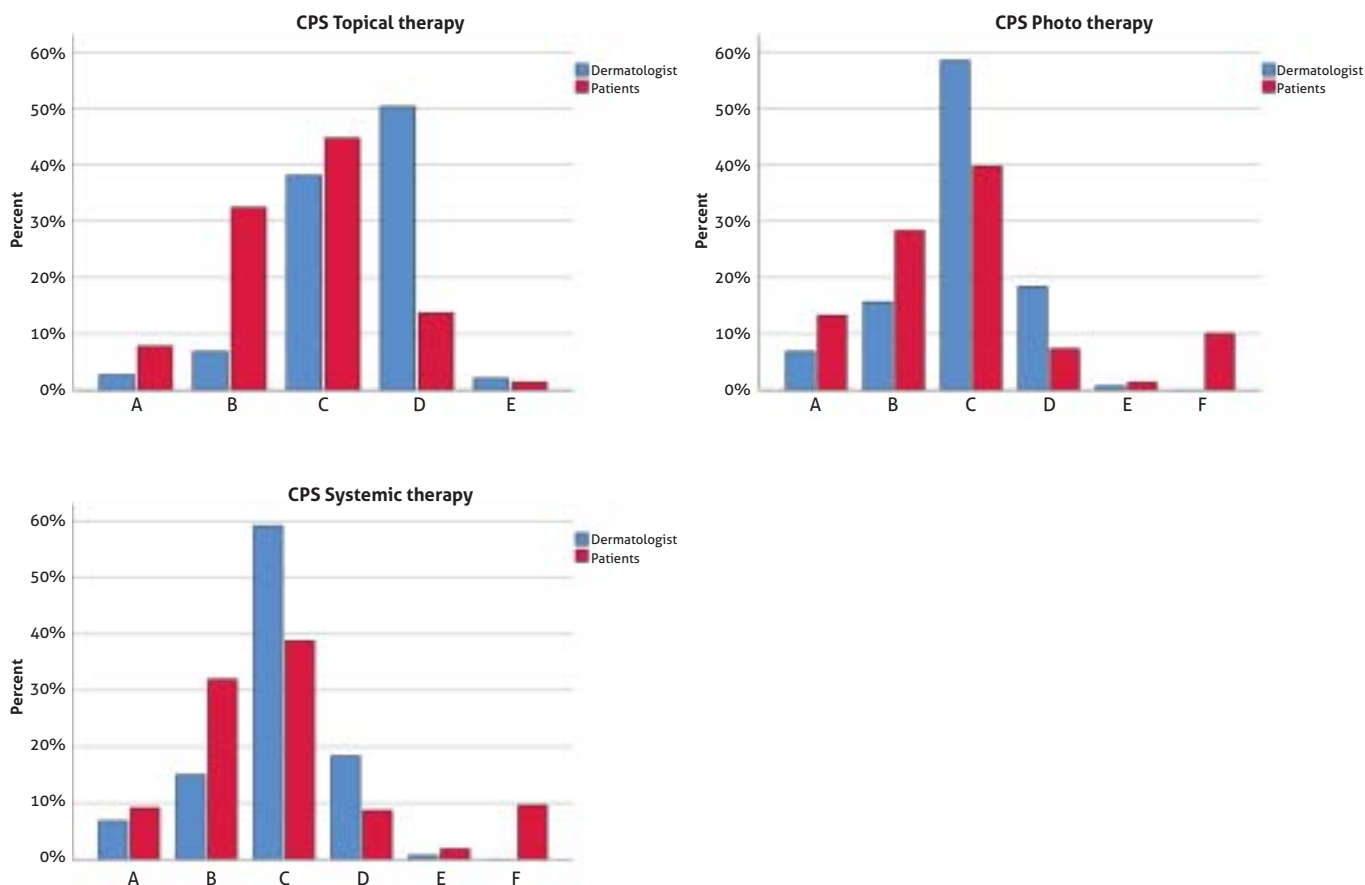
Bij patiënten konden geen significante correlaties worden aangetoond tussen de wens om samen te beslissen en de leeftijd, ziekte duur of opleidingsniveau (Somers' d < 0.3 in alle gevallen).



Figuur 1a. Antwoorden van patiënten op de SDM-Q vragenlijst.



Figuur 1b. Antwoorden van dermatologen op de SDM-Q vragenlijst.



Figuur 2: Control Preference Scale (CPS).

Antwoordopties patiënten:

- A. Ik wil zelf de definitieve behandelkeuze maken.
- B. Ik wil zelf de definitieve behandelkeuze maken, nadat ik eerst goed heb nagedacht over het advies van mijn arts.
- C. Ik wil samen met mijn arts de verantwoordelijkheid delen bij het kiezen van de juiste behandeling.
- D. Ik wil dat de arts de definitieve behandelkeuze maakt, waarbij hij/zij mijn voorkeuren laat meewegen in de beslissing.
- E. Ik wil dat mijn arts de definitieve behandelkeuze maakt.
- F. Ik weet niet goed wat deze behandeling inhoudt en sla deze vraag over.

Antwoordopties artsen:

- A. Het liefst laat ik de beslissing over aan de patiënt.
- B. Het liefst laat ik de beslissing over aan de patiënt, waarbij deze wel sterk rekening houdt met mijn mening.
- C. Het liefst wil ik dat de patiënt en ik samen de beslissing nemen.
- D. Het liefst neem ik zelf de beslissing, maar houd daarbij sterk rekening met de mening van de patiënt.
- E. Het liefst neem ik zelf de beslissing.

Barrières en mogelijkheden voor Samen Beslissen

Zowel dermatologen (38%) als patiënten (44%) rapporteerden gebrek aan tijd als een barrière voor *Samen Beslissen*. Van de patiënten noemde 72% de frequente wisseling van de behandelend arts als barrière. Mogelijkheden voor *Samen Beslissen* ontstaan doordat zowel dermatologen (82%) als patiënten (75%) het idee hebben dat de ander open staat voor het samen beslissen, en dat beide partijen geloven dat *Samen Beslissen* bijdraagt aan betere behandelkeuzes, meer tevredenheid met de behandeling en betere therapietrouw.

Patiënten gaven aan informatie over verschillende behandelopties meestal te verkrijgen via hun dermatoloog (89%), gevolgd door gevonden informatie op een website (29%) of via de patiëntenvereniging (25%). Zesendertig patiënten hadden een tabel met de behandelopties ontvangen en dit werd relatief het meest behulpzaam gevonden (32 van de 36 patiënten, 89%). Een dergelijke tabel was tevens de meest preferente manier om informatie te ontvangen (68% van alle patiënten). Folders van het ziekenhuis waren het minst behulpzaam: 29% van de patiënten die een folder meekregen vond deze nuttig.

Discussie

Hoewel Nederlandse dermatologen menen de patiënt voldoende bij de behandelkeuze te betrekken, ervaart de patiënt dat in een mindere mate. Wel wil het merendeel van de dermatologen en patiënten *Samen Beslissen*, voornamelijk voor licht- en systemische therapie. Deze wens lijkt zowel bij dermatologen als patiënten onafhankelijk te zijn van individuele kenmerken, behoudens eerder door artsen gevolgde lezing of nascholing over *Samen Beslissen*. Gezegd moet worden dat beide groepen relatief klein zijn voor een dergelijke subgroep-analyse. De ervaren barrières zijn vaak van logistieke aard, terwijl de verwachte positieve effecten van *Samen Beslissen* 'mogelijkheden' zijn. De resultaten van dit onderzoek kunnen

onderhevig zijn aan *recall bias*, waarbij in beide groepen zowel een te positieve als een te negatieve rapportering van het *Samen Beslissen* denkbaar is. Ook is bekend dat de ervaren mate van *Samen Beslissen* door zowel artsen en patiënten wordt overgerapporteerd, vergeleken met een objectieve beoordeling van opgenomen gesprekken. [9] Wellicht omdat nog niet iedereen het volledige concept van SDM kent.

KEUZEHULPEN

Er blijkt ruimte voor verbetering van *Samen Beslissen* in de dermatologische praktijk in Nederland. Training aan artsen en andere zorgverleners en informatie over *Samen Beslissen* aan patiënten zijn eerste stappen om *Samen Beslissen* verder te ontplooiën. Daarnaast zijn er verschillende hulpmiddelen voor ontwikkeld en onderzocht, die eerder in dit tijdschrift werden toegelicht. [4]

Keuzehulpen zijn een voorbeeld van die hulpmiddelen. Keuzehulpen zijn veelal websites waarin de voor- en nadelen van verschillende behandelopties met elkaar kunnen worden vergeleken en die patiënten helpen hun waarden en voorkeuren te bepalen. Ze zijn bedoeld als aanvulling op het gesprek met de arts, niet ter vervanging.

Een Cochrane *systematic review* laat zien dat patiënten die gebruik maakten van een keuzehulp over meer kennis over de ziekte en behandelopties beschikten, een vergroot gevoel van autonomie hadden, zich meer betrokken voelden bij de keuze, en dat gemaakte keuzes meer aansloten bij de waarden van de patiënt. [10] Vaak kozen patiënten die een keuzehulp hadden gebruikt minder invasieve behandelingen dan patiënten zonder keuzehulp. [10] De consulttijd bleef gelijk bij keuzehulpen die voorafgaand aan het consult werden gebruikt, vergeleken met consulten zonder keuzehulp. [10]

Keuzehulp psoriasis

De keuzehulp psoriasis is ontwikkeld door de NVDV, Psoriasispatiënten Nederland en PATIENT+, een non-profit organisatie met expertise op het gebied van ontwikkeling en implementatie van keuzehulpen. De keuzehulp is ontwikkeld volgens de internationale IPDAS standaarden [11] voor keuzehulp ontwikkeling en de leidraad keuzehulp bij richtlijnen. [12] Dit proces willen we kort toelichten.

De keuzehulp is gebaseerd op de huidige NVDV-richtlijn Psoriasis 2017 [13], en bevat de systemische behandelopties uit die richtlijn. Patiënten kunnen aangeven of zij eerder systemische therapie en lichttherapie hebben gehad, en alleen wanneer dit het geval is, krijgen zij de behandelopties apremilast en biologics te zien. Ook houdt de keuzehulp rekening met een zwangerschapswens.

Hoewel andere behandelopties (geen behandeling, leefstijl-aanpassingen, topische therapie en lichttherapie) buiten de strekking van de keuzehulp vallen, worden deze wel kort benoemd om de patiënt volledig te informeren.

Wanneer de patiënt de verschillende behandelopties heeft bekeken, worden de opties samengevat in een interactieve tabel.

Alleen aspecten die de patiënt belangrijk vindt en behandelingen waarin hij/zij geïnteresseerd is, staan weergegeven.

De keuzehulp sluit af met een waardenbepaling. Patiënten worden gevraagd aspecten van de behandelingen (bijvoorbeeld snelheid van effect of bijwerkingen) te rangschikken op basis van wat zij het meest belangrijk vinden. Een eventuele behandelvoorkeur en de sterkte van deze voorkeur kan ook worden ingevuld. Een geprinte samenvatting kan de patiënt meenemen naar het consult bij de arts.

De keuzehulp (en de Engelse vertaling) is online beschikbaar via www.keuzehulp.info en kan thuis worden ingevuld.

Het effect van de keuzehulp psoriasis op de mate van *Samen Beslissen* en behandeltevredenheid worden momenteel onderzocht in een voor- en nameting in een pilotstudie in het Amsterdam UMC en OLVG. Een goede implementatie van de keuzehulp in de dagelijkse praktijk en de logistiek die hierbij komt kijken, vormen hiervan een onderdeel.

De keuzehulp zal moeten worden geüpdatet als de NVDV richtlijn psoriasis wordt geüpdatet. Ook feedback van artsen en patiënten is waardevol in de verdere verbetering van de keuzehulp. Wij vertrouwen erop dat de keuzehulp psoriasis een welkome aanvulling is voor dermatologen en patiënten die gezamenlijk een keuze voor systemische behandeling voor psoriasis willen maken en dagen u uit het te proberen!

LITERATUUR

1. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed)*. 1996;312(7023):71-2.
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1361-7.
3. Tan J, Linos E, Sendelweck MA, et al. Shared decision making and patient decision aids in dermatology. *Br J Dermatol*. 2016;175(5):1045-8.
4. van Delft LCJ, van der Kraaij GE, Vermeulen FM, Lubeek SFK, Kelleners-Smeets NWJ, Spuls PI. Discussie - Samen beslissen en keuzetools in de dermatologie *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* 2019;5:56-8.
5. van der Kraaij GE, Vermeulen FM, Smeets PMG, Smets EMA, Spuls PI. The current extent of and need for shared decision making in atopic dermatitis and psoriasis in the Netherlands: An online survey study amongst patients and physicians. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. JEADV. 2020. DOI: 10.1111/jdv.16340
6. Rodenburg-Vandenbussche S, Pieterse AH, Kroonenberg PM, Scholl I, van der Weijden T, Luyten GP, et al. Dutch translation and psychometric Testing of the 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) and Shared Decision Making Questionnaire-physician version (SDM-Q-Doc) in Primary and Secondary Care. *PloS one*. 2015;10(7):e0132158.
7. Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The control preferences scale. *Can J Nurs Res*. 1997;29(3):21-43.
8. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs JG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th edition. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
9. Santema TB, Stubenruch FE, Koelemay MJW, et al. Shared Decision

Making in vascular surgery: an exploratory study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2016;51(4):587-93.

10. Stacey D, Legare F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;4:Cd001431.
11. Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, et al. Toward minimum standards for certifying patient decision aids: a modified Delphi consensus process. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2014;34(6):699-710.
12. Leidraad keuzehulp bij richtlijnen <https://www.patiëntenfederatie.nl/producten/samen-beslissen/behandelkeuzehulpen>.
13. Spuls PI, van der Kraaij GE, Chung Y, et al. Psoriasis multidisciplinaire evidence based richtlijn. NVDV, Utrecht 2017.

KERNPUNTEN

- Bij *Samen Beslissen* maken arts en patiënt gezamenlijk de keuze voor een behandeling.
- Een Nederlandse vragenlijststudie onder dermatologen en patiënten met psoriasis of atopisch eczeem laat zien dat patiënten een lagere mate van *Samen Beslissen* ervaren dan dermatologen.
- Verbetering van *Samen Beslissen* is wenselijk en kan onder andere bereikt worden via training van artsen in *Samen Beslissen* of het gebruik van keuzehulpen.
- Keuzehulpen informeren patiënten over de voor- en nadelen van een behandeling en helpen patiënten bepalen wat zij in deze keuze belangrijk vinden, zodat de behandeling beter aansluit bij de wensen en waarden van de patiënt.
- De keuzehulp psoriasis is beschikbaar via www.keuzehulp.info.

TREFWOORDEN

Samen Beslissen – shared decision making – keuzehulp – psoriasis – eczeem

KEYWORDS

shared decision making – patient decision aid – psoriasis – eczema

DISCLOSURES

De ontwikkeling van de keuzehulp psoriasis werd gefinancierd met subsidie van de Stichting Kennisinstituut Medisch Specialisten.

CORRESPONDENTIEADRES

Gayle van der Kraaij

E-mail: g.e.vanderkraaij@amsterdamumc.nl



Het digitale consult

W.J.A. de Kort¹, L.C. Jacobs¹

Wij zijn gestart met een digitaal spreekuur voor de psoriasispatiënten met systemische medicatie. Hoe gaat dat in zijn werk gaat en wat zijn de ervaringen tot nu toe, na ongeveer 300 consulten in 1 jaar tijd?

Bij het volgen van de NVDV-richtlijn Psoriasis wordt er veel verwacht van de consultvoering bij een patiënt met psoriasis. Naast de algemene vragen moeten dermatologen zich rekenschap geven van de impact van de aandoening, die bespreken en die liefst vastleggen. Ook moet men eventuele co-morbiditeit en wijzigingen van medicatie beoordelen. Lichamelijk onderzoek is uitgebreid, inclusief hoofdhuid, oren, inversa-plaatsen en nagels, en vastlegging van dit alles gebeurt bij voorkeur in een PASI-score. Wijziging van de medicatie geschiedt bij voorkeur volgens een *Samen Beslissen*-model. Al met al kost deze manier van consultvoering erg veel tijd. Er ontstond daardoor meer behoefte aan het aanbrengen van structuur in de planning, wat efficiëntie, patiëntvriendelijkheid en wachttijd in de wachtkamer ten goede komt.

HET DIGITALE CONSULT IN DE PRAKTIJK

We gingen vorig jaar van start met patiënten met psoriasis, die op dat moment redelijk stabiel ingesteld waren op een van de systemische therapieën. De patiënt kreeg uitleg over het digitale consult tijdens het reguliere spreekuur: 1 tot 3x per jaar een digitaal consult, en 1x per jaar een live-consult. Andere bespreekpunten waren: het belang van het trouw invullen van de vragenlijsten, alsook het vooraf laten afnemen van bloed en urine-onderzoek. Ging de patiënt akkoord, dan kon hij zich aanmelden bij het patiëntenportaal, daardoor toegang krijsend tot het patiëntendossier.

Binnen dat portaal staan vragenlijsten klaar. Wij maken nu gebruik van de DLQI (Dermatology Live Quality Index), een zelf-PASI-score en een uitgebreide vragenlijst die ingaat op hoe het met de patiënt gaat in het algemeen en met de psoriasis in het bijzonder. [1] Dit omvat onder andere of er psoriasis voorkomt op lastige lokalisaties zoals de schaamstreek of de nagels, en of er co-morbiditeit is opgetreden zoals gewrichtsklachten, enthesitis, rugklachten of depressie(neiging). Verder wilden we via de lijst nagaan of de patiënt de medicatie inneemt zoals voorgeschreven plus vragen naar de meest voorkomende bijwerkingen van de systemische middelen voor psoriasis. Als laatste komen zwangerschap(swens) en geplande vaccinaties of ingrepen aan bod. Bij elk antwoord kan de patiënt een toelichting geven.

Het EPD genereert automatisch, twee weken voor het digitale consult, een mail naar de patiënt met een link naar het patiëntenportaal en de vragenlijsten. Een administratief medewerker beoordeelt of de vragenlijsten zijn ingevuld en het vereiste laboratoriumonderzoek is uitgevoerd; zo niet volgt een reminder. Tijdens het consult beoordeelt de arts de laboratoriumresultaten en de ingevulde vragenlijsten in het EPD. Via het EPD stuurt de arts de patiënt gemakkelijk een deels gestandaardiseerde mail terug, met de bevindingen en hoe de medicatie kan worden voortgezet. Vervolgens hoeft de arts alleen een korte notitie te maken in de decursus, een nieuw recept en een vervolgspraak te maken.

Indien er aanwijzingen zijn dat er een uitgebreider consult wenselijk is, vanwege bijvoorbeeld hinderlijke bijwerkingen, uitblijven van voldoende effect, een exacerbatie, of een nieuwe co-morbiditeit, dan plannen we een live-consult in waarin meer tijd beschikbaar is. Dit kan bij de dermatoloog maar ook bij de verpleegkundig specialist onder supervisie van een dermatoloog. Vooraf laten we de patiënt dan al de keuzehulp website doornemen (<https://www.keuzehulp.info/pp/psoriasis/intro>), opdat deze voorbereid het consult in gaat.

ERVARINGEN MET HET DIGITALE CONSULT

Inmiddels zijn ongeveer 300 digitale consulten uitgevoerd.

1. Efficiëntie en gemak

Vaak is de eerste gedachte dat een digitaal consult vooral het gemak dient van de patiënt. Die voordelen zijn onmiskenbaar: de patiënt bespaart reistijd en wachttijd en kan op zijn eigen moment consulttijd reserveren. Veel patiënten geven aan dat dit in relatie tot hun werk erg goed uitkomt. Ook voor een vergrijzende populatie patiënten, die vaak beroep moet doen op mantelzorgers, kan digitale consultvoering uitkomst bieden. Maar daarnaast geeft het de arts ook een aanzienlijke tijdsbesparing. De gemiddelde tijdsinvestering voor dit soort consulten blijkt vijf minuten te zijn. Veelal kan de dermatoloog terugvallen op standaardteksten in e-mail en de decursus. Soms kan een aanvullend telefoontje nodig zijn, maar dit kan heel kort en gericht. Vergeleken met een reguliere consulttijd van 10 minuten betekent dit een tijdsreductie van 50%.

¹ Dermatoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda

2. Kwaliteit

Inmiddels is gebleken dat de uitgebreidheid van de vragenlijsten aangevuld met de DLQI en zelf-PASI een schat van informatie verschaffen, veel verder reikend dan de vraag waartoe wij ons veelal beperken: “Hoe gaat het met u en met de psoriasis”. Vragen naar bijwerkingen van medicatie, naar compliance, naar co-morbiditeit, naar zwangerschap(-wens), vaccinaties en reisgedrag, depressie(neiging), seksuele problemen en onderzoek naar hoofd, nagels en inversaplaatsen, zijn digitaal sneller en uitgebreider uit te voeren dan in een live-consult. De kwaliteit van informatieoverdracht naar de arts is zo hoger dan bij het reguliere consult.

3. Patiënt-tevredenheid

Op de slotvraag van een digitaal consult (“Stelt u het op prijs dat het volgende consult weer digitaal plaatsvindt?”), volgt zonder uitzondering een bevestigend antwoord. Ook wanneer zich bijvoorbeeld exacerbaties of complicaties voordoen en wij als dermatoloog denken dat een live-consult toch echt beter zou zijn, dan nog verkiezen patiënten een digitaal consult. Verder stellen wij ook bij het jaarlijkse live-consult altijd de vraag gesteld of de patiënt weer de voorkeur geeft aan het digitale consult; daarop hebben wij nog geen enkele keer een ontkennend antwoord terug gehoord. Hieruit blijkt de hoge waardering voor deze vorm van consultvoering.

4. Dermatoloog-tevredenheid

Uiteraard is het uitvoeren van zo’n consult wat ‘droge stof’. Toch blijkt dat min of meer het gevoel bestaat dat de patiënt tegenover je zit. Door het jaarlijkse live-consult blijf je de patiënt kennen en door de uitgebreidheid van het consult ben je zeer goed op de hoogte hoe het met de patiënt gaat, veelal in een oogopslag. Het gevaar bestaat dat door de laagdrempeligheid, patiënten extra vragen sturen via de mail die een antwoord behoeven. Wij kozen ervoor om voorlopig vooraf en onderaan in onze mails, aan te geven dat wij niet via e-mail met de patiënt kunnen communiceren; zij kunnen telefonisch contact opnemen met de afdeling. Desondanks heeft dit ons een twintigtal extra mails opgeleverd in het eerste jaar.

5. Structuur in afspraakplanning

Wij slagen er nu veel beter in een selectie te maken van die patiënten die extra consulttijd behoeven. De patiënt krijgt in ons ziekenhuis een uitgebreid vervolgsconsult met de verpleegkundig specialist onder supervisie van de dermatoloog, als bij het digitale consult blijkt dat daar aanleiding toe is. Bijvoorbeeld bij een exacerbatie, ineffectiviteit of bij bijwerkingen. In het afgelopen jaar bleek dit bij 6% van de consulten nodig. Hierdoor daalde de wachttijd in de wachtkamer tijdens de live-consulten aanzienlijk.

BESCHOUWING

Voor de opstart met digitale consulten lijkt de psoriasiszorg met systemische medicatie de ideale populatie. Dit door de grote aantallen, de 3- tot 6-maandelijkse vrij gestandaardiseerde controles en het bestaan van meetinstrumenten die redelijk goed aangeven hoe het met de patiënt gaat. Dit zijn onder andere de DLQI (tien vragen naar de impact op de

kwaliteit van leven) en de door de patiënt zelf uitgevoerde PASI-meting. [1]

De hoge mate van tevredenheid van patiënten evenals de efficiëntie van de consultvoering hebben grote voordelen en dragen bij aan zorg die bestendig is voor de toekomst; de juiste zorg op de juiste plek. Onderzoek heeft aangetoond dat digitale consulten niet inferieur zijn. [2]

De start van dit spreekuur vond natuurlijk plaats ruim voor de COVID-19 epidemie. Nu (ten tijde van de COVID-19) valt het ons nog duidelijker op dat dit digitaal spreekuur veel voordelen heeft ten opzichte van alle andere spreekuren die we momenteel telefonisch afhandelen; het gaat veel sneller en je hebt veel meer informatie dan telefonisch of in een videoconsult. Uitbouwen van deze vorm van consultvoering naar andere takken van de dermatologie lijkt daarom een logische vervolgstap.

Ook de financiële aspecten zijn natuurlijk niet onbelangrijk; er bestaat een volwaardige vergoeding voor deze vorm van consultvoering.

Een ander voordeel van deze vorm van consultvoering is dat de digitale consulten in onze praktijk plaatsvinden binnen het patiëntenportaal van het EPD. Daar kan de patiënt de resultaten bekijken van onderzoeken, de afspraken en de correspondentie. Op die manier is er een grotere betrokkenheid bij het zorgproces, wat de kwaliteit van de zorg en de compliance ten goede komt, zoals onderstreept door de WHO bij de zorg voor chronische aandoeningen. [3]

Uiteraard is niet iedere patiënt geschikt voor deze vorm van consultvoering. Niet iedereen gebruikt de computer en maakt gebruik van e-mail. Ongeveer 10% van onze populatie gaf aan dat zij deze consultvariant niet willen. Opvallend is dat juist veel oudere patiënten juist wel de voorkeur gaven aan digitale consulten, zich soms laten bijstaan door hun kinderen.

Het digitale consult heeft een belangrijke tekortkoming: het gemis aan non-verbale communicatie en empathisch contact. Het blijkt echter dat de patiënt met psoriasis in het algemeen minder goed in staat is te verwoorden hoe het met hem gaat: alexithymia. [4] Mogelijk dat men via deze uitgebreide vragenlijsten de belangrijke vereiste informatie beter kan verkrijgen, wat het gemis aan persoonlijk contact compenseert.

Een andere tekortkoming kan zijn dat het digitale consult minder geschikt lijkt te zijn voor de patiënt die (nog) niet stabiel ingesteld is op zijn medicatie. Dit verklaart waarschijnlijk het lage aantal doorverwijzingen van digitaal naar live-consult (6%).

Wij hopen dat dit artikel de waarde van het digitale consult duidelijk heeft kunnen maken. De door ons opgestelde vragenlijst is verkrijgbaar via de corresponderende auteur.

LITERATUUR

1. Feldman SR, Fleischer AB Jr, Reiboussin DM, et al. The self-administered psoriasis area and severity index. *J Invest Dermatol.* 1996;106(1):183-6.
2. Armstrong AW, Chambers CJ, Maverakis E, et al. Effectiveness of online vs In-Person Care for Adults With psoriasis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2018;1(6):e 183062.
3. World Health Organization. [Accessed December 2, 2011]; Cancer control knowledge into action World Health Organization for effective programmes: Palliative care. Beschikbaar op: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
4. Sampogna F, Puig L, Spuls P, et al. EPIDEPSO investigators. Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *Br J Dermatol.* 2017; 176(5):1195-1203.

KERNPUNTEN

- Bij de zorgverlening voor de patiënt met psoriasis kunnen digitale consulten van betekenis zijn.
- Er zijn voordelen wat betreft de tijdsinvestering, verhogen van de patiënttevredenheid, van de kwaliteit en de structuur van de zorgverlening.
- Digitale consulten zijn niet inferieur aan live-consulten.
- Uitbouw van deze vorm van consultvoering naar andere takken van de dermatologie lijkt een logische vervolgstap.

TREFWOORDEN

digitaal consult – vragenlijsten – tijdsinvestering – kwaliteit – structuur van zorgverlening – juiste zorg op de juiste plek

KEYWORDS

digital consultation – questionnaires – time investment – quality – health care structures

CORRESPONDENTIEADRES

Wim de Kort

E-mail: wdkort@amphia.nl



Ondersteuning vanuit het bureau van de NVDV

Niemand wil het wiel opnieuw uitvinden, daarom denken wij dat kruisbestuiving tussen bureau en leden een belangrijk pluspunt kan zijn. We zetten enkele dingen op een rij:

CORPORATE STORY

De corporate story, oftewel het 'verhaal van de dermatoloog', is het duurzame verhaal op basis van de kernwaarden van de NVDV en haar leden. Het doel van de corporate story is mensen verbinden en eenheid brengen in wat we als NVDV en als dermatologen willen uitstralen. Daarnaast biedt het houvast aan iedereen die bij de NVDV betrokken is: leden, partners en ook patiënten. Tekstfragmenten uit de corporate story worden gebruikt om PR te ondersteunen.

TEKSTEN VAN DE NVDV-WEBSITE

Bij het opstellen van de teksten voor de NVDV-site is gebruikt gemaakt van een extern communicatiebureau. Wilt u teksten overnemen? Doe dat vooral. We willen stimuleren dat dermatologen eendrachtig een soortgelijke boodschap ventileren namelijk.

REDIGEREN VAN TEKSTEN

Hebt u zelf een tekst geschreven voor publicatie op uw website, een folder of een artikel? We hebben een ervaren wetenschaps-journalist die uw teksten kan redigeren. Maak er gerust gebruik van. Voor de goede orde: het gaat niet om het schrijven van teksten maar enkel om ondersteuning door het redigeren ervan.

INTERVIEWS IN (LOCALE) MEDIA

Elke dermatoloog is binnen de eigen regio een ambassadeur van het vak. We willen u daarom aanmoedigen uw stem te

laten horen in de lokale media. Dat kan via een opinieartikel of een interview (om twee mogelijkheden te benoemen). Het bureau ondersteunt u op twee manieren: als u een onderwerp hebt voor de krant, laat het ons weten. Wij leggen dan contact met de bewuste krant en proberen een interview te regelen. Bij het afronden van een mogelijk artikel, zijn wij bereid dat artikel journalistiek te bekijken en te redigeren.

POSTERS EN NARROWCASTING

Via het bureau van de NVDV kunt u een poster of narrowcasting aanvragen, bedoeld voor de wachtkamer. Wij ontwerpen de beelden, drukken de posters af en sturen deze op. De posters en narrowcasting kunnen gemaakt worden met elk tekstfragment uit de corporate story, daarnaast is het ook mogelijk om deze teksten in combinatie met een eigen foto te laten drukken. Ideeën voor teksten of een eigen foto gebruiken? Laat dit aan ons weten!

SOCIAL MEDIA

Dermatologen die eigen content op social mediakanalen (LinkedIn, Facebook, Instagram, etc) plaatsen vragen wij dit door te geven aan het bureau. Het bureau bekijkt dan of de NVDV daarop kan inspelen en naar de content kan refereren op de eigen kanalen.

CORRESPONDENTIEADRESSEN

Dr. Eline Kramer-Noels, coördinator

E-mail: e.kramer@nvdv.nl, telefoon: 06 52 38 15 38

Destah Dekker, secretariële ondersteuning

E-mail: d.dekker@nvdv, telefoon (op werkdagen): 030 2006800





Vuistregels voor omgang met media

Steeds vaker weten media het bureau van de NVDV en de leden te vinden met de vraag te reageren op ontwikkelingen waar dermatologen mee te maken hebben. Soms zoeken NVDV of leden zelf ook bewust de media op. Om u daarbij te helpen stelden wij enkele vuistregels op. Deze vuistregels staan ook, inzichtelijk en overzichtelijk, uitgewerkt in de infographic (pag. 60). Doelstelling is de contacten met de media gestructureerd te laten verlopen, zodat elk mediaoptreden een kans wordt om de dermatologie in Nederland positief op de kaart te zetten. Lees daarom naast dit document ook Tips in omgang met de media en de bijbehorende infographic.

ROUTING MEDIAVERZOEKEN

- Verzoeken die binnenkomen bij de NVDV: deze gaan in principe door naar één van de woordvoerders per thema of subspecialisme;
- Verzoeken die binnenkomen bij individuele dermatologen (*landelijke media*): kunnen gehonoreerd worden. Wel graag afstemmen met het bureau: PR-coördinator Eline Kramer (e.kramer@nvdv.nl; telefoonnummer 06 52381538). Zij kan de benaderde dermatoloog laten vervangen (indien gewenst), bijstaan, van advies voorzien en informeren over actuele NVDV-standpunten. Waar nodig overlegt zij met de Domeingroepen of woordvoerders;
- Verzoeken die binnenkomen bij individuele dermatologen (*regionale media*): kunnen gehonoreerd worden. Hij/zij kan het bureau consulteren voor advies, bijstand en/of vervanging (indien gewenst). Betrokken dermatologen verzoeken wij met klem de PR-coördinator ten minste te informeren. Het PR-team beslist dan of de NVDV er via de website/social mediakanalen aandacht aan zal besteden.

WEL OF GEEN AFSTEMMING?

Alles wat betrekking heeft op het NVDV-beleid en alles wat gevoelig ligt binnen de dermatologie verdient afstemming.

Het gaat dan vooral over onderwerpen waarvoor de NVDV richtlijnen, standpunten en leidraden heeft uitgebracht of onderwerpen waarover het bestuur in gesprek is of onderhandelt met huisartsen, zorgverzekeraars, andere medisch specialisten en dergelijke.

PERSOONLIJKE MENING

Standpunten van de NVDV komen soms via een lange route tot stand en mede op basis van consensus met de leden. Indien dermatologen het niet eens zijn met officiële standpunten van de NVDV, is het niet gewenst dat men zich hierover negatief uitlaat. De discussie daarover vindt plaats op het besloten deel van de website van de NVDV of op de ledenvergadering. Neem bij twijfel hierover contact op met het bureau. Dit geldt niet voor publicaties van wetenschappelijke aard en wetenschappelijke voordrachten.

PERSOONLIJKE MENING OVER COLLEGA-DERMATOLOGEN

De dermatoloog laat zich in woord en geschrift niet onnodig grievend uit over collega's of instanties. Bij een geschil met een collega-dermatoloog is het niet gewenst dit in de media te ventileren.



Tips voor omgang met de media

Wat doe je als er een plotseling een journalist belt? Voor jou als dermatoloog hét moment om snel te anticiperen en de juiste afwegingen te maken. Ga je op het interviewverzoek in? Wat zeg je wel en niet? En wat levert het op? Wees hierbij realistisch: het belang van de journalist hoeft niet per se te stroken jouw belang of het belang van de dermatologie. De journalist is op zoek naar nieuws dat verkoopbaar is, selecteert en kleurt in. En jij? Jij geeft het liefst een zo volledig mogelijk beeld van je expertise. Omgaan met de media, hoe doe je dat? In dit document vind je naast een checklist een aantal handige tips. De belangrijkste: zorg dat je je goed voorbereid.

De media spelen meer dan ooit een rol in de beeldvorming rond actuele issues en vraagstukken. Wie onvoorbereid met journalisten praat of voor de camera stapt, kan makkelijk zichzelf of zijn/haar organisatie in diskrediet brengen en reputatieschade oplopen. Lees daarom naast dit document ook de vuistregels voor contact met de media die de NVDV heeft opgesteld.

Prettig samenwerken met journalisten vraagt naast een gedegen voorbereiding ook om goede afstemming. Ideaalscenario is dat de uiteindelijke publicatie of uitzending voor alle betrokkenen hout snijdt. Een doordacht en eenduidig verhaal van jouw kant draagt hieraan bij. Maar niet alleen jij plukt de vruchten van een geslaagd mediaoptreden: deze 'free publicity' kan bij het publiek positieve associaties oproepen met alle dermatologen in Nederland. Je zet het vak op de kaart.

Het is dus belangrijk de juiste toon aan te slaan als in de toekomst een keer de telefoon gaat. Deze handleiding helpt je een eind op weg.

HANDIGE CHECKLIST

1. De telefoon gaat

- Anticipeer op belangstelling van de journalist aan de hand van de 5 W's: wie, wat, waar, wanneer en waarom?
- Achterhaal zoveel mogelijk informatie over het medium, publiek en tijdstip van publiceren/uitzenden
- Bezint eer ge begint: wordt nog niet inhoudelijk tijdens dit 'voorgesprek', maar stel vooral vragen, zodat je een goede afweging kunt maken:
 - Wat levert dit interview mij/ de dermatologie op?
 - Beschik ik over de juiste expertise of is er een collega, die beter thuis is in dit onderwerp?
 - Zitten er adertjes onder het gras, is de aanleiding positief of negatief?

2. Beslis: doe je mee?

- Bedenk of deelnemen jou en de beroepsgroep goed doet (wat is het effect? Is er ook een afbreukrisico?)
- Bepaal de spelregels (o.a. de mogelijkheid het interview voor publicatie nog in te zien)
- Zoek een geschikt moment voor het gesprek. Verzeker jezelf van voldoende voorbereidingstijd: journalisten hebben altijd haast, maar claim wel tijd om je goed op het gesprek voor te bereiden, zonder de druk van een volle wachtkamer
- Meewerken aan een interview is geen plicht, maar een gunst

3. Voorbereiding

- Overleg met collega's en/of (communicatie)deskundigen in je omgeving
- Denk in scenario's: welke (lastige) vragen zou de journalist mogelijk kunnen stellen? Welke informatie pikt hij waarschijnlijk op uit mijn verhaal?
- Formuleer een kernboodschap en schrijf deze uit (maximaal 5 zinnen)
- Vermijd zoveel mogelijk jargon: niet iedereen heeft medicijnen gestudeerd...
- Denk van buiten naar binnen: wat wil je doelgroep horen? Wat is belangrijk voor (mijn) patiënten, de zorgverzekeraars of huisartsen?
- Bepaal wat je wel je zelf wel en niet wilt zeggen
- Bedenk aansprekende voorbeelden en vergelijkingen: journalisten zijn gek op cijfers en onderzoeken

4. Het interview

- Blijf zo dicht mogelijk bij jezelf, speel geen rol
- Gebruik de kernboodschap om je verhaal duidelijk te maken
- Zorg voor een heldere opbouw en een rode draad in je verhaal
- Houd de doelgroep voor ogen
- Laat je niet verleiden tot meer vertellen dan nodig is
- Beantwoord geen vragen die je niet weet of snapt (geef aan dat je het niet weet, de cijfers niet paraat hebt en kom er later als je het hebt uitgezocht op terug)

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Wat te doen bij media-verzoeken

4 TIPS VOOR EEN GOED MEDIA-OPTREDEN

1) de 5 W's als je een verzoek krijgt

- + Focus op wie, wat, waar, wanneer en waarom?
- + Word nog niet inhoudelijk maar stel vragen:
 - Wat levert dit interview mij/ de dermatologie op?
 - Beschik ik over de juiste expertise of is er een collega, die beter thuis is in dit onderwerp?
 - Zitten er adertjes onder het gras, is de aanleiding positief of negatief?

2) bezint eer je begint

- + Doet het jou en de beroepsgroep goed?
 - Wat is het effect? Is er ook een afbreukrisico?
- + Bepaal de spelregels.
- + Zoek een geschikt moment voor het gesprek.
- + Verzeker jezelf van voldoende voorbereidingstijd
- + Interviewen is geen plicht, maar een gunst!

3) bereid jezelf voor

- + Overleg met collega's en/of (communicatie)deskundigen.
- + Denk in scenario's: welke (lastige) vragen zou de journalist mogelijk kunnen stellen? Welke informatie pikt hij waarschijnlijk op uit mijn verhaal?
- + Formuleer een kernboodschap en schrijf deze uit (maximaal 5 zinnen).
- + Vermijd jargon.
- + Denk van buiten naar binnen: wat wil je doelgroep horen?
- + Bepaal wat je wel je zelf wel en niet wilt zeggen.
- + Bedenk aansprekende voorbeelden en vergelijkingen.

4) het interview

- + Blijf zo dicht mogelijk bij jezelf.
- + Gebruik de kernboodschap om je verhaal duidelijk te maken.
- + Houd de doelgroep voor ogen.
- + Laat je niet verleiden.
- + Beantwoord geen vragen die je niet weet of snapt.
- + Spreek vanuit de organisatie/de beroepsgroep (niet 'ik', maar 'wij').
- + Stay calm!

Do's & don'ts

Grondige voorbereiding:

- Facet je op 1 tot maximaal 2 boodschappen
- Vertel de waarheid, lieg nooit!
- Wees positief, niet defensief - Niet staan negatief
- Maak een touwtje heldere antwoorden
- Houd de doelgroep voor ogen
- Corrigeer foutjes die zij ontdekken

Do's & don'ts

Jargon of abstract taal gebruiken

- Waarom bleef ik niet bij de kern?
- Secundum (elk) taal
- Wees waar je het niet snapt
- On the record? Ik weet niet
- Zeg nooit 'geen commentaar'
- Laat je geen woorden in de mond leggen
- Laat je niet verleiden om meer te zeggen dan je wilt

NVDV

overgenomen door PIKTOCHART

- Spreek vanuit de organisatie/de beroepsgroep (niet 'ik', maar 'wij')
- Wees jezelf en blijf rustig

DE DO'S EN DONT'S

Do's

- Zorg voor een grondige voorbereiding
- Focus je op 1 tot maximaal 2 boodschappen
- Vertel de waarheid, lieg nooit!
- Wees positief, niet defensief - laat staan negatief



Jij bepaalt zelf
wat je wilt zeggen.

Jij bepaalt zelf
wanneer je dat
wilt zeggen.

Jij bepaalt tegen
wie je het zegt.

Jij hebt wat
te zeggen

Wie niets te
zeggen heeft, houdt
zijn/haar mond.

- Maak van tevoren heldere afspraken
- Houd de doelgroep voor ogen
- Corrigeer feitelijke onjuistheden
- Vrees niet menselijk te spreken over menselijke onderwerpen (de zorg is mensenwerk)

Dont's

- Gebruik zo weinig mogelijk jargon of abstracte taal
- Wees eerlijk, beantwoord geen vragen die u niet begrijpt
- Wees voorzichtig met grappen
- 'Off-the-record' bestaat niet: alles wat je zegt kan door de journalist worden gebruikt
- Zeg nooit 'geen commentaar': dit wordt gezien als een zwaktebod
- Ga niet speculeren (als/dan)
- Laat je geen woorden in de mond leggen
- Laat je niet verleiden om meer te zeggen dan je wilt

DRIE BELANGRIJKE TIPS TOT SLOT:

Tip 1: Veel oefenen!

Het ligt voor de hand: oefenen baart kunst. Doen doen doen,

is het devies. Hoe meer je oefent, hoe meer ervaring en (zelf)vertrouwen je krijgt. Als het enigszins lukt, oefen dan ook eens in een studio met echte praktijksituaties.

Tip 2: Weet wie u bent!

Niemand zit te wachten op een stukje toneel of een uit het hoofd geleerd verhaal. De journalist komt bij jou als expert of voor een duiding van het nieuws. Maak gebruik van je eigen kwaliteiten en kennis en benut je sterke kanten! Voor een journalist is de ideale persoon om te interviewen toegankelijk, het citeren waard, en deskundig. Zorg er daarom voor dat het voor iedereen duidelijk is dat je een expert op je vakgebied bent.

Tip 3: Houd de regie in handen!

Journalisten zijn net mensen. Ook in de omgang met de media gelden de normale omgangsregels. Geef dus op een vriendelijke en duidelijke manier aan wat je wensen zijn en waar je wel en waar je niet aan wilt meewerken. Dit geldt voor het interview maar bijvoorbeeld ook voor de locatie van het gesprek of opnames. Denk daarbij ook aan het belang en de privacy van patiënten, die eventueel in beeld komen.



Persbericht schrijven: handleiding

Voor persberichten geldt dat ze steeds dezelfde structuur hebben; hierdoor weten journalisten dan precies waar ze aan toe zijn. Die strakke structuur zorgt ervoor dat journalisten in één oogopslag kunnen zien of nieuws interessant is voor hun medium. Verder zorgt de structuur ervoor dat ze belangrijke informatie snel kunnen vinden. En snelheid is belangrijk op redacties.

Een persbericht is als het ware oprolbaar: het belangrijkste staat altijd bovenaan en dingen die minder nieuwswaardig of belangrijk zijn, staan verder naar beneden.

INDELING VAN HET PERSBERICHT

Eerste regel: persbericht (zodat een bericht niet per ongeluk op de advertentieafdeling terechtkomt) plus datum.

De kop of titel: het nieuws in het kort (de titel moet de journalist verleiden om het persbericht te lezen).

Intro: de vijf W's (wie, wat, waar, waarom en wanneer).
Laatste regels: aanvullende informatie.

NADERE TOELICHTING

1: Eerste regel: PERSBERICHT.

Boven het persbericht staat "PERSBERICHT" plus de datum van verzending.

2: De kop van het persbericht: titel, zijnde het nieuws in het kort.

In de kop staat het nieuws of de gebeurtenis. Zorg voor een pakkende titel.

3: Intro of lead van het persbericht: de vijf W's.

Het eerste vetgedrukte deel van het persbericht is bedoeld voor het persbericht in een notendop. In elk geval moeten

hier de vijf W's staan: wie, wat, waar, wanneer en waarom (en eventueel waarmee/waardoor). Hier staat dus eigenlijk alles in.

4: Laatste regels/afsluiting

Maak duidelijk waar het persbericht stopt door een stippellijn. Onder de stippellijn kun je een contactpersoon en een telefoonnummer vermelden voor meer informatie. Zet daarbij voor de zekerheid: 'Noot voor de redactie, niet voor publicatie'. Geef in de afsluitende tekst bijvoorbeeld aan of de redactie foto's kan krijgen en/of mensen beschikbaar zijn voor een interview. Een o6-nummer is altijd handig; zorg er dan wel

voor dat de contactpersoon bereikbaar is. Verslaggevers werken niet alleen tijdens kantooruren.

WAAROM DEZE STRUCTUUR?

Deze basisstructuur heeft te maken met de manier waarop redacties werken. Het persbericht moet zo zijn opgesteld dat redacties - mogelijk - de laatste alinea kunnen schrappen, zonder dat de boodschap; aantast. Redacties kunnen ook de twee of drie laatste alinea's schrappen. Zelfs in die mate dat alleen het vetgedrukte deel overblijft uit de openingsalinea. Omdat daar in een notendop 'alles' in staat, komt het persbericht - in zijn kern - toch in de krant.



The Crazy Ones: what's your story?

Het 'Verhaal van de dermatoloog'. Die kreet is al een paar keer voorbij gekomen. Maar waar komt die vandaan en wie zit hierachter? Tijd voor een introductie.

The Crazy Ones. Film liefhebbers herkennen deze naam wellicht via een serie uit 2014 over een reclamegenie, met in de hoofdrol Robin Williams. Maar het is ook de naam van het marketingbureau dat de NVDV in de arm nam. Met een team van 20 ervaren specialisten werken ze vanuit hun thuisbasis in Rotterdam aan strategie- en positioneringstrajecten, aan verhalen en slogans, campagnes en content. Offline & online. Storytelling als hun specialiteit.

Waarom storytelling en wat is het? 95% van alle communicatie komt niet aan omdat de informatie niet is toegesneden op wat mensen echt raakt. Zoals *The Crazy Ones* zeggen: geweldige content begint met een goed verhaal! Het doel van storytelling is niet alleen op ratio te overtuigen met cijfers en processen, maar vooral de connectie maken met de doelgroep op emotioneel niveau. Dit betekent communiceren als een gelijkgestemde en laten zien en voelen dat je de context van de doelgroep aanvoelt.

Voor de NVDV maakten ze het 'Verhaal van de Dermatoloog' (zie kaders). Met deze corporate story brengen we eenheid in wat we als NVDV en als dermatologen willen uitstralen. Daarnaast biedt het houvast aan iedereen die bij de NVDV betrokken is: leden, partner, en ook patiënten. Tekstfragmenten uit de corporate story worden gebruikt om PR en verhalen die we uitdragen via de website en social media te ondersteunen. We nodigen dermatologen uit deze verhalen - alsook onderdeel ervan - te gebruiken binnen de eigen instelling, bijvoorbeeld met behulp van narrowcasting of posters, en bij het publiceren van verhalen in (regionale en social) media. *The Crazy Ones* is ook betrokken als *content creator* bij de twee grote NVDV campagnes in 2020: de campagnes Huidkanker en Wereld Psoriasis Dag.

VERHALEN EN INGREDIËNTEN

The Crazy Ones ontwikkelde zes kernverhalen van de dermatoloog plus de ingrediënten daarvan. Als houvast en als inspiratie.

Overkoepelend thema:

De dermatoloog

Dé expert voor huidaandoeningen.

Verhaal 1:

Wij zijn dermatologen.

Welkom in onze wereld van de huid.

Wij zijn gespecialiseerde huidartsen. Huidexperts. Wij streven ernaar dat iedereen lekker in zijn vel zit. Letterlijk en figuurlijk. Fysiek en psychisch. Dat doen we al ruim 150 jaar. Met inmiddels meer dan 550 professionals in Nederland. In ziekenhuizen. Academisch en perifeer. Of in zelfstandige behandelcentra.

Verhaal 2:

Iedere Nederlander komt vroeg of laat in zijn leven in aanraking met ons.

Met huidproblemen. Goed- of kwaadaardig. Tijdelijk of blijvend. Wij behandelen iedereen. Van jong tot oud. Man en vrouw. Van grote stad tot platteland. We staan daardoor midden in de samenleving. Vervullen een maatschappelijke rol. De omvang en impact van ons werk is dan ook groot. Dat maakt ons werk relevant en betekenisvol. Daar zijn we trots op!

Verhaal 3:

De huid is het grootste menselijk orgaan. Sterk en soepel. Zichtbaar en tastbaar.

Alles aan de buitenkant van het lichaam behoort tot de huid. Haar, nagels en zelfs slijmvliesen.

De huid is belangrijk vanwege de eerste indruk die het iemand geeft.

En omdat het alles bij elkaar- en tegenhoudt. Ons beschermt. Maar de huid kent ook vele aandoeningen. Van kanker tot moedervlekken en allergie.

Van eczeem tot psoriasis. Van spataderen tot infecties.

Van wratten tot geslachtsziekten.

Er zijn meer dan 2000 soorten huidaandoeningen.

Dat maakt ons vak complex en divers.

Verhaal 4:

Daarom is de dermatoloog ook een expert. Een professional die z'n vak verstaat.

Weet alles op waarde te schatten en geeft het de aandacht die het verdient.

Is een specialist. Vol passie voor de huid. Wil alles weten. Alles begrijpen.

Een echte in de huid kruiper. Die contact maakt met de patiënt.

Ziet. Voelt. Luistert. Analyseert en behandelt.

De dermatoloog is het startpunt voor alle serieuze huidproblemen.

Heeft de kennis en kunde om tot de beste oplossingen te komen.

Verhaal 5:

Dat vergt inlevingsvermogen en doortastendheid.

We analyseren waar de huidproblemen vandaan komen. Welke behandelmethode passend is om het probleem op te lossen.

We doen wetenschappelijk onderzoek. Stellen diagnoses.

En behandelen met de modernste methoden:

Meestal poliklinisch. Met zalf, pillen en injecties.

Chirurgisch en met licht & laser.

Soms met opname in een ziekenhuis. Voor de zeer ernstige problemen.

Maar altijd op maat. Want elke huid en patiënt is uniek.

Verhaal 6:

Dat is het mooie aan ons vak van dermatoloog.

We kunnen bijna alles behandelen en oplossen.

Zelf, of in samenwerking met andere medische specialisten en huisartsen.

Wij zien het als onze missie dat patiënten weer lekker in hun vel zitten.

Fysiek en psychisch zonder zorgen. Dat is immers kwaliteit van leven. En daar gaat het om!

Huidproblemen laten verdwijnen of beheersbaar maken.

Dat is waar wij naar streven. Elke dag opnieuw.



Contentkalender 2020

Per kalenderjaar is een lijst van ruim 600 actiedagen rond thema's opgesteld. Soms zijn het Nederlandse actiedagen, andere zijn een internationaal initiatief, van bijvoorbeeld de WHO of de Verenigde Naties. De NVDV zoekt binnen die lijst

aansluiting bij thema's die relevant zijn voor dermatologie. Ook de individuele leden kunnen regionaal een initiatief ontplooiën. De lijst is niet in beton gegoten, maar een voorlopige en actieve lijst die, waar nodig, bijstelling krijgt.

Juli	11-07-2020	Wereld Populatie Dag (VN) Reizigersziekten
Augustus		Acne Lichen sclerosus
September	14-09-2020 23-09-2020	Wereld eczeem dag Kraanwaterdag
Oktober	03-10-2020 06-10-2020 29-10-2020	Weekend van de wetenschap Diversity Day Wereld Psoriasis Dag
November	14-11-2020 18-11-2020	Wereld Diabetes Dag (VN) Dag van de therapietrouw
December	01-12-2020	Wereld Aids Dag Cosmetiek/ veneuze insufficiëntie



Christiaan Bakker

Fotografie: B. Bakker-de Wit

Christiaan Bakker, 38 jaar, studeerde geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en kreeg zijn opleiding tot dermatoloog in Groningen. Sinds 2015 werkt hij als dermatoloog in ziekenhuis *Ny Smellinghe* in Drachten, binnen een maatschap van 6 dermatologen. Regionale faam verwierf hij als columnist van het *Friesch Dagblad*. Nuchter, serieus alsook met aangeboren kwinkslag beantwoordt hij enkele vragen over het vak, de charme van het schrijven hierover, en zijn wildere jaren.

Wat was als kleine jongen uw toekomstdroom?

“Mijn droom was vroeger om iets met dieren te gaan doen. Tot op zekere hoogte is dat gelukt. Alleen had ik van tevoren niet bedacht dat ik die beesten vooral op de mens in plaats van in de vrije natuur zou aantreffen.”

Was dermatologie een jeugdliefde of een latere liefde?

Welk ander specialisme zou u achteraf ook mooi hebben gevonden?

“Dermatologie is in de geneeskunde bij eenieder slechts een korte flirt. Ik had wel iets met KNO, maar in de praktijk bleek voor mij de K en de N wel uitvoerbaar, maar de O niet. De combinatie van binnensmonds praten en dove mensen is een moeizame. Bovendien ben ik nog steeds zoekende naar het gereedschap dat in het binnenoer zou moeten liggen.

Wat maakt een dermatoloog tot een goede dermatoloog?

Kortom, wat zijn de kernwaarden van een dermatoloog?

“Visuele scherpheid, efficiënt in handelen en communicatie. En eigenlijk is elke dermatoloog natuurlijk van nature slim. Daar komen andere specialisten op latere leeftijd met lede ogen achter.”

Hoe komt een mens in Drachten terecht?

“Het is de grootste stad in Nederland (50.000 inwoners) zonder treinverbinding. Dus met de auto ...”

U bent, als columnist van het Friesch Dagblad, bekend tot aan de buitengrenzen van Friesland, nemen wij aan. Hoe kwam u dat u als columnist aan de slag ging?

“In ons ziekenhuis is wekelijks een stafberaad met casuïstiek-bespreking. Een uniek concept, waardoor korte lijntjes nog korter worden. Aldaar sprak ik weleens de chirurg die destijds de column verzorgde. Op een gegeven moment stopte hij en vroeg of ik iemand wist.”

Wat is er nou zo leuk aan om columnist te zijn? Kunt u het andere dermatologen aanraden?

“Het geeft je alle vrijheid om je belevenissen en gedachten weer te geven. Daarbij is het iets met een kop en een staart en het geeft een kick en voldaan gevoel als ‘ie’ af is en goed.”

Wat zijn de overeenkomsten en de verschillen tussen dermatologie en schrijven?

“Het grootste verschil is dat geneeskunde vrij reactief is en schrijven proactief. Een ziekte biedt zich aan, een leeg blad moet je zelf vullen. Een overeenkomst is dan wellicht de diversiteit.”



Christiaan Bakker: “Idealiter schrijf ik nog eens een roman.”

Voelt u zich als auteur een ambassadeur van het vak?

Krijgt u veel reacties van lezers?

“Ik voel mij zeker een ambassadeur en doe mijn best ons vak-en vakmanschap uit te dragen met daarbij aandacht voor educatie. Sommige dagen hoor ik niks en andere dagen heb ik meerdere mensen die voor mij naar het ziekenhuis komen.”

Wie schrijft, leest vermoedelijk ook graag. Wat zijn uw favoriete auteurs of welke boeken kunt u aanraden?

Als lezer dus, niet als dermatoloog.

“Een mooi boek vind ik *Reis naar het einde van de nacht* van Louis-Ferdinand Céline. Die tekst danst, dat vind ik zelf ook het mooist als dat (een beetje) lukt.”

Wat doet u graag in uw vrije tijd?

“Tja, een beetje saai antwoord: ik laat mijn vrije tijd oprecht graag opeten door mijn drie kleine mannen.”

Waarvoor mogen ze u 's nachts wakker maken?

“De eerste lancering naar Mars.”

Wat is uw guilty pleasure?

“Eigenlijk betrap ik mij er elk jaar weer op dat ik mijn vrouw attendeer op programma's als *Temptation Island* en *Boer zoekt vrouw*. En dan zit ik er toevallig naast, ken ik alle boeren en vrouwen en heb daar een mening over. Wel een handige pleasure de dag erna op de poli met 40 dames.”

Hoe is uw persoonlijke verhouding tot de eigen huid?

“In de wilde jaren sprong ik er wat robuust mee om, zoals met coconut-oil onder het gat in de ozonlaag liggen tijdens mijn studie in Melbourne. Nu met de weinige haren die ik heb, ga ik daar beter mee om.”

Gaan we u nog terugzien als columnist in een grote landelijke krant?

“Wie weet! Idealiter schrijf ik nog eens een roman”