



Samenvatting *Richtlijn Handeczeem*

L.S. van der Schoot¹, W.A. Christoffers², J.A.F. Oosterhaven³, M.L.A. Schuttelaar⁴,
namens de werkgroep handeczeem | *Illustratie: Lilian ter Horst*

Handeczeem maakte onderdeel uit van de NVDV *Richtlijn Contacteczeem 2013*, maar met name het beleid van handeczeem werd hierin onderbelicht. Daarop is besloten om de *Richtlijn Handeczeem* separaat uit te brengen. Deze samenvatting van de *Richtlijn Handeczeem 2019* bevat een overzicht van de aanbevelingen voor de behandeling van patiënten met (chronisch) handeczeem. Verder bevat deze samenvatting de work-up van handeczeem, waarin aanbevelingen worden gedaan over de anamnese, indeling in subtypen, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek.

WORK-UP VAN HANDECZEEM

De werkgroep is van mening dat er een work-up gewenst is voor elke patiënt met handeczeem. Deze work-up bestaat uit een gedetailleerde anamnese, een lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek.

In de anamnese worden de frequentie en duur van blootstelling aan irritatieve factoren uitgevraagd. Voorbeelden zijn watercontact, nat werk, frictie, contact met zepen of schoonmaakmiddelen en contact met potentiële contactallergische factoren zoals nikkel, haarverf of conserveringsmiddelen. Hou er rekening mee dat handschoenen zelf ook irriterend kunnen werken of een contactallergie kunnen veroorzaken. Tevens wordt de mogelijke aanwezigheid van arbeidsgerelateerd handeczeem geëvalueerd. Denk hierbij niet alleen aan ortho-ergische factoren; ieder beroep heeft ook eigen potentiële contactallergenen. Verbetering van het handeczeem tijdens weekenden of vakanties is een aanwijzing voor arbeidsgerelateerd handeczeem, hoewel bij langer bestaand, ernstig handeczeem deze verbetering kan uitblijven. Aandacht voor handeczeemgerelateerd arbeidsverzuim is van belang in de anamnese, evenals aandacht voor atopische constitutie en overige huidziekten. In het geval van arbeidsgerelateerd handeczeem wordt de patiënt geadviseerd contact op te nemen met de bedrijfsarts.

De werkgroep adviseert om de gehele huid van de patiënt ten minste éénmaal te inspecteren. Hierbij let men onder andere op de aanwezigheid van tekenen van constitutioneel eczeem. Denk voor de differentiële diagnose bovendien aan psoriasis of een dermatomycose met mogelijke ide-reactie (reactieve blaasjes op de handen bij een voetschimmel). Het dermatologisch onderzoek van de handen richt zich op de ernst en uitgebreidheid van het handeczeem en idealiter ook op de mogelijkheid om het handeczeem te subtyperen. De morfologische subtypen die hierbij gebruikt kunnen worden, zijn chronisch gefissureerd handeczeem, vesiculeus handeczeem (blaasjeshandeczeem), hyperkeratotisch palmar handeczeem,

pulpitis (vingertopeczeem), interdigitaal handeczeem en nummulair handeczeem. De voorgestelde etiologische subtypen zijn allergisch contacteczeem, irritatief contacteczeem, atopisch handeczeem en proteïnegelateerd contacteczeem. In de richtlijn wordt chronisch handeczeem gedefinieerd als handeczeem dat langer dan drie maanden duurt, of vaker dan twee keer per jaar verergert ondanks adequate behandeling.

MEETINSTRUMENTEN

Het is van belang de ernst van het handeczeem vast te stellen. Hiervoor kunnen de *Photographic guide* en/of de *Hand Eczema Severity Index* (HECSI) worden gebruikt. [1,2] Bij de *Photographic guide* wordt de ernst van het handeczeem in vier categorieën ingedeeld (mild, matig, ernstig, zeer ernstig) en per categorie zijn er vier foto's als voorbeeld. Hierdoor kan de clinicus snel de ernst van het handeczeem inschatten met de voorbeeldfoto's als referentie. De HECSI meet de ernst van het handeczeem in vijf verschillende gebieden (vingertoppen, vingers, handpalmen, handruggen en polsen). Hierbij wordt de ernst van zes klinische symptomen (roodheid, induratie/papels, vesikels, fissuren, schilfering en oedeem) gescoord op een schaal van 0 (niet) tot 3 (ernstig). Daarnaast scoort men de uitgebreidheid op een schaal van 0 tot 4 (0=0%; 1=1-25%; 2=26-50%; 3=51-75%; 4=76-100%). Door dit te vermenigvuldigen wordt een score tussen de 0 en de 360 bepaald. De mogelijke HECSI-scores zijn: geen handeczeem=0; mild=1-16; matig=17-37; ernstig=38-116; zeer ernstig ≥ 117 . [3]

Omdat de impact van handeczeem op de kwaliteit van leven vaak aanzienlijk is, is het van belang een ziektespecifieke vragenlijst te gebruiken, zoals de *Quality Of Life in Hand Eczema Questionnaire* (QOLHEQ). De QOLHEQ bevat 30 vragen over de symptomen, de emoties, de beperkingen in het dagelijks functioneren en de invloed van de behandeling op het dagelijks leven. Deze vragenlijst is in 2019 beschikbaar gekomen voor gebruik in Nederland. [4]

¹ Voormalig arts-onderzoeker, Bureau NVDV, Utrecht

² Dermatoloog, UMCG, Groningen

³ Aios Dermatologie, UMCG, Groningen

⁴ Dermatoloog, UMCG, Groningen, voorzitter van de werkgroep

EPICUTAAN ALLERGOLOGISCH ONDERZOEK

De werkgroep adviseert, in overeenstemming met verschillende Europese richtlijnen, bij iedere patiënt met chronisch handeczeem epicutaan allergologisch onderzoek te verrichten met de Europese basisserie, aangevuld met patiëntspecifieke reeksen op basis van eventuele blootstellingen. Hierbij valt te denken aan een kappersreeks bij kappers of een (meth)acrylatenreeks en tandheelkundige screeningreeks bij tandartsen. Eventueel volgt verwijzing naar een landelijk expertisecentrum met een toprerefente functie (TRF Expertise Centra) voor uitgebreide epicutane allergietesten of wordt in samenspraak met de bedrijfsarts een arbeidsexpertisetraject opgestart voor meer toegespitste allergietesten. Tijdens een arbeidsexpertisetraject wordt de relatie tussen het werk en het handeczeem nauwkeurig onderzocht.

Bij verdenking op een ide-reactie wordt onderzoek naar een schimmelinfectie elders verricht. Bij twijfel over de diagnose handeczeem kan histopathologisch onderzoek meer inzicht geven, met name voor onderscheid met psoriasis. Let wel, bij chronisch hyperkeratotisch handeczeem geeft de histopathologie niet altijd duidelijkheid.

BEHANDELING VAN HANDECZEEM

Voorlichting en begeleiding

Goede behandeling begint met voorlichting omtrent blootstelling (inclusief arbeidsgerelateerde blootstelling), huidbescherming en -verzorging. Aangezien zelfmanagement bij handeczeem essentieel is, richt de voorlichting en de begeleiding zich op zowel de lichamelijke als psychosociale aspecten van het hebben van handeczeem. Bij arbeidsgerelateerd handeczeem vindt overleg met de bedrijfsarts plaats.

Voorlichting en begeleiding kan ook door gespecialiseerde verpleegkundigen worden verzorgd. Tevens dient voorlichting schriftelijk te worden ondersteund, zoals met de folder *Handeczeem* van de NVDV. Na vaststelling van een contactallergie via de epicutane allergietesten, worden er een allergiepaspoort en losse folders over de desbetreffende allergenen verstrekt.

Handschoenen

Verbandhandschoenen beschermen de handen tegen externe agentia van irritatieve, allergische of biologische aard. Verbandhandschoenen zorgen voor een betere fixatie van zalf op de huid, het vergroten van compliance met betrekking tot het inzalven van de handen, het verminderen van frictie op de huid van de handen en het beperken van invloed van factoren zoals uitdroging/vochtigheid en krabben/manipuleren. Uit de literatuur komt geen duidelijke voorkeur naar voren voor een bepaald type handschoen. Er zijn maar heel weinig studies verricht naar de beschermende werking van handschoenen tegen verergering van handeczeem. Los daarvan is men het er over eens dat het vermijden van irritantia een beschermend effect heeft.

Handschoenen zijn in te delen in vloeistofdicht, semi-occlusief en gemaakt van verbandmiddelen. Daarnaast is er onderscheid te maken op basis van de dikte van de handschoen: hoe dunner de handschoen, des te minder invloed is er op de

tastzin van handen en vingers. Al naar gelang het doel, de situatie en de voorkeuren van de patiënt kiest men voor handschoenen die de best mogelijke combinatie geven van bescherming en handfunctie. Wanneer het noodzakelijk is om de handen te beschermen met occlusieve handschoenen tegen externe agentia, gaat de voorkeur uit naar verbandhandschoenen onder de occlusieve handschoenen. Tevens krijgt de patiënt het advies de occlusieve handschoenen zolang te dragen als nodig is, maar zeker niet te lang, en regelmatig de handschoenen te wisselen. Bij de keuze van occlusieve handschoenen houdt men rekening met de stof waaraan de patiënt wordt blootgesteld. Voor acrylaten zijn dat bijvoorbeeld 4H-handschoenen; deze zijn echter niet geschikt voor fijne werkzaamheden. Wanneer men de handschoenen slechts kort draagt, kunnen nitril handschoenen uitkomst bieden, maar gebruik hiervan vereist goede voorlichting en arbeidshygiëne. Om na te gaan aan welke stoffen iemand in zijn werk wordt blootgesteld en wat hiervoor de juiste handschoenen zijn, kan de patiënt het advies krijgen contact op te nemen met de bedrijfsarts of arbeidshygiënist.

Indifferente middelen

Indifferente middelen vormen de basis van de behandeling van handeczeem en werken ook preventief. De werkgroep adviseert minimaal tweemaal daags gebruik van indifferente middelen en direct na contact met water. Bij het voorschrijven van indifferente middelen is de voorkeur van de patiënt belangrijk om de compliance te vergroten. Denk hierbij aan de snelheid waarmee het middel intrekt, de vettigheid en/of de cosmetische acceptatie. De compliance is te vergroten door de patiënt in de spreekkamer of thuis verschillende opties te laten proberen. Houd bij het voorschrijven van indifferente middelen rekening met de mogelijkheid van eventuele aanwezige, relevante contactallergieën, zoals voor wolvet. Goede voorbeelden van wolvetvrije middelen zijn unguentum leniens (koelzalf FNA), paraffine-vaseline of vaseline album. Tevens is de zalfkiezer op www.huidziekten.nl bruikbaar. Overleg eventueel met de bedrijfsarts voor een huidverzorgingsprogramma op het werk.

Lokale therapie

Lokale corticosteroiden zijn de eerste keus in de medicamenteuze behandeling van handeczeem. Bij de keuze van het lokale corticosteroid hebben sterk (klasse 3) en zeer sterk (klasse 4) werkzame middelen de voorkeur bij alle vormen van handeczeem. Het is belangrijk lokale corticosteroiden altijd te combineren met een indifferent middel (echter niet gelijktijdig aanbrengen gezien het verdunnende effect).

Bij aanvang wordt aanbevolen om maximaal zes weken eenmaal daags een sterk/zeer sterk corticosteroid (klasse 3-4) te gebruiken. Daarna - of eerder, op geleide van effectiviteit - wordt afgebouwd naar een onderhoudsbehandeling van twee tot drie keer per week. Baseer, indien mogelijk, de onderhoudsfase op een intermitterend schema met de laagst mogelijke klasse die nog effectief is.

Indien lokale corticosteroiden bijwerkingen geven, gecontra-indiceerd zijn of indien corticofobie een rol lijkt te spelen, overweeg dan tacrolimuszalf 0,1%. Gebruik ook tacrolimuszalf na

een inductieperiode van maximaal zes weken tweemaal daagse applicatie, in een intermitterend schema van eenmaal daags twee keer per week. Voor de effectiviteit van de andere lokale calcineurineremmer pimecrolimuscrème is geen overtuigend bewijs gevonden in de huidige literatuur.

Bij hyperkeratotisch handeczeem kan men overwegen om salicylzuur toe te voegen vanwege het keratolytisch effect, of een salicylzuurhoudend of ureumhoudend indifferent middel adviseren.

Fototherapie

Op basis van de beperkte huidige literatuur beveelt de werkgroep PUVA (en UVA-1) aan boven UVB voor de behandeling van patiënten met matig ernstig handeczeem. Fototherapie is een behandeloptie voor patiënten met contra-indicaties voor systemische therapie of een tussenstap voordat op systemische therapie wordt overgegaan. Het is echter wel een intensieve therapie die goed voorgelichte en gemotiveerde patiënten vereist. Daarnaast is naar mening van de werkgroep het effect vaak slechts tijdelijk.

Systemische therapie

Alitretinoïne is in Nederland het enige geregistreerde middel voor chronisch handeczeem. Er wordt geadviseerd bij ernstig handeczeem dat onvoldoende reageert op 6 weken potente lokale corticosteroiden, te starten met alitretinoïne 30 mg.



Evalueer na 12 weken de effectiviteit van de behandeling. Indien de behandeling effectief is, kan de behandeling tot 24 weken verlengd worden. Hierna wordt gewoonlijk gestopt, omdat de effectiviteit en veiligheid van langdurige behandeling met alitretinoïne niet is onderzocht. Indien de patiënt een exacerbatie heeft kan het middel na een pauze opnieuw worden gegeven. Bij onvoldoende effect na 12 weken, overweeg dan een ander systemisch middel. Men moet daarbij beseffen dat de evidence voor de overige systemische middelen beperkt is. Heeft een patiënt veel last van bijwerkingen, kies dan voor een lagere dosis alitretinoïne van 20 of 10 mg per dag. Informeer bij start van systemische therapie de huisarts van de patiënt vanwege mogelijke bijwerkingen of interacties met andere medicatie.

Indien er sprake is van vesicleus handeczeem, kan behandeling met ciclosporine-A 5 mg/kg (off-label) worden overwogen. Alitretinoïne is namelijk in studies minder effectief bij volwassenen met vesicleus handeczeem dan bij chronisch gefissuureerd handeczeem of hyperkeratotisch handeczeem.

Overige systemische middelen waarvoor off-label gekozen kan worden bij de behandeling van chronisch handeczeem zijn methotrexaat, azathioprine of acitretine. Er is op het moment van schrijven geen overtuigend wetenschappelijk bewijs om een van deze middelen boven een andere aan te bevelen. Baseer de keuze op patiëntgebonden factoren zoals contra-indicaties, interacties of een eventuele zwangerschapswens.

De werkgroep raadt continu of chronisch intermitterend gebruik van orale corticosteroiden bij patiënten met chronisch handeczeem af. Orale corticosteroiden kunnen wel overwogen worden als kortdurende (2-3 weken) acute interventie bij de behandeling van exacerbaties of als overbruggende therapie naar een traagwerkend niet-steroïde immuunmodulerend middel (behandeleffect na 8-12 weken), zoals azathioprine en methotrexaat.

LITERATUUR

1. Coenraads PJ, Van Der Walle H, Thestrup-Pedersen K, et al. Construction and validation of a photographic guide for assessing severity of chronic hand dermatitis. *Br J Dermatol* 2005;152(2):296-301.
2. Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. *Br J Dermatol* 2005;152(2):302-7.
3. Oosterhaven JAF, Schuttelaar MLA. Responsiveness and interpretability of the Hand Eczema Severity Index (HECSI). *Br J Dermatol* 2019 Jul 1. doi: 10.1111/bjd.18295. [Epub ahead of print]
4. Oosterhaven JAF, Ofenloch RF, Schuttelaar MLA. Validation of the Dutch Quality of Life in Hand Eczema Questionnaire (QOLHEQ). *Br J Dermatol* 2019 Sep 27. doi: 10.1111/bjd.18558. [Epub ahead of print]

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl