



Inflammatoire huidaandoeningen bij patiënten met huid van kleur: praktische tips voor herkenning

D.M.W. Balak

Er bestaan significante gezondheidsverschillen voor patiënten met een inflammatoire huidaandoening en huid van kleur. [1] Aandoeningen zoals dermatomyositis en cutane lupus erythematosus lijken onder patiënten met huid van kleur frequenter voor te komen en vaker gepaard te gaan met een ernstiger ziektebeloop in vergelijking met patiënten met lichte huidtypes. [2] Vertraging tot het stellen van de juiste diagnose en onderbehandeling lijken mede bij te dragen aan een verhoogd risico op complicaties in deze patiëntengroep. Er zijn aanwijzingen dat gebrek aan onderwijs en afbeeldingen in leerboeken over presentatie van huidaandoeningen op huid van kleur resulteren in initiële misdiagnosen. [3] Erytheem is een onbetrouwbare marker voor huidinflammatie op huid van kleur en draagt daardoor bij aan diagnostische uitdagingen, onderschatting van ziekte-ernst en vertraging in start van optimale behandelkeuzes. [4] Aandacht voor de unieke en soms subtiele manifestaties van inflammatoire huidaandoeningen op huid van kleur is belangrijk om de disproportionele ziekte-impact in deze patiëntenpopulatie te verminderen en zo gezondheidsverschillen te verkleinen. [5] In dit artikel wordt een praktisch overzicht gegeven van kenmerkende klinische uitingen van vijf inflammatoire huidaandoeningen bij patiënten met huid van kleur.

DERMATOMYOSITIS

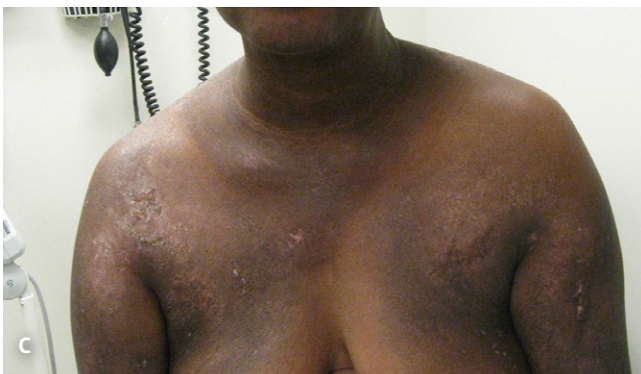
Onder patiënten met huid van kleur is de incidentie van dermatomyositis circa 3 keer hoger in vergelijking met patiënten met lichtere huidskleur. [6] De ziekte-ernst lijkt ook hoger te zijn bij patiënten met van huid van kleur. De onderliggende redenen voor de heviger ziekte-ernst zijn ook onduidelijk. Wel is bekend dat onvoldoende onderwijsmateriaal ertoe leidt tot zorgverleners zich minder bekwaam voelen om dermatomyositis op huid van kleur te diagnosticeren. [7] Dit kan resulteren in een delay tot stellen van de juiste diagnose en therapie. Een retrospectieve studie uit de VS rapporteerde een significant langere delay tot start van systemische therapie voor dermatomyositis patiënten met huid van kleur t.o.v. patiënten met lichtere huid. [8] Vooral voor de klinisch amyopathische vormen van dermatomyositis (voorheen bekend als dermatomyositis sine myositis) is herkenning van huidafwijkingen essentieel om de diagnose tijdig te stellen. Pathognomonische huidafwijkingen voor dermatomyositis zoals de heliotrope rash zijn zichtbaar op een licht huidtype vanwege de direct opvallende roodheid. Op donkere huidtypes presenteert dermatomyositis zich vaker subtieler met een donkerpaarsachtige tot zwarte verkleuring (figuur 1). De heliotrope rash uit zich ook meer met donkere verkleuring, soms gepaard gaand met peri-orbitaal oedeem, of soms alleen met peri-orbitaal oedeem. Hyperpigmentatie op de dorsum van de vingers ter hoogte van de gewrichten is een uiting van

Gottronse papels op de donkere huid die klinisch makkelijk te missen is. Bij ulceratie van deze Gottronse papels moet men beducht zijn op de mogelijkheid van een anti-MDA5 dermatomyositis, wat geassocieerd is met snel progressieve interstieel longziekte, vooral in patiënten van Aziatische afkomst. [6] Andere karakteristieke dermatomyositis-afwijkingen zoals de *V sign*, *shawl sign*, teken van Gottron en de *holster sign* uiten zich op de donkere huid vaker met hyperpigmentatie, excoriaties en lichenificatie. [7] Deze huidafwijkingen kunnen daardoor makkelijk aangezien worden voor constitutioneel of allergisch contacteczeem.

CUTANE LUPUS ERYTHEMATOSUS

Cutane lupus erythematosus (LE) is een veelvoorkomende inflammatoire aandoening bij patiënten met huid van kleur. [6] Huidafwijkingen kunnen subtiel zijn omdat erytheem en fotosensitiviteit bij de donkere huid lastiger te beoordelen zijn. Bij acute cutane LE kan de huidinflammatie zich presenteren met oedeem en schilfering. Verder kan de aanwezigheid van niet-specifieke LE-huidafwijkingen zoals het fenomeen van Raynaud en orale ulcera behulpzaam zijn de diagnose cutane LE te overwegen. Chronische discoïde LE (CDLE) wordt het vaakst gezien bij patiënten met huid van kleur. CDLE-laesies op de donkere huid resulteren vaak in atrofie en pigmentverschuivingen. Specifiek worden langdurig aanwezige vitiligo-achtige hypopigmentaties gezien bij CDLE op huid van

Dermatoloog, afdeling Huidziekten, LUMC, Leiden



Figuur 1: Dermatomyositis op een donker huidtype. A: heliotrope rash. B: Shawl sign. C: V sign (Bron: Ezeofor AJ et al. JAAD Case Rep (2023)) [7].

kleur. Deze hypopigmentaties worden gekenmerkt door de aanwezigheid van teleangiëctasieën in de witte verkleuring, roze-gekleurde of juist gehyperpigmenteerde randen en atrofie. [6] Daarnaast wordt in Amerikaanse studies gerapporteerd dat bij patiënten met donkere huid vaker betrokkenheid van de scalp en van de oren wordt gezien. Een verlittekende alopecia wordt ook frequent gezien bij scalp-betrokkenheid. Naast CDLE zijn er recentelijk nog een aantal varianten van chronische LE beschreven in patiënten met huid van kleur: melanotic LE en comedonic LE. Deze varianten zijn infrequent gerapporteerd in de literatuur met slechts enkele tientallen

casus, hoewel onderdiagnose en onderrapportage niet uitgesloten zijn. *Melanotic LE*, ook wel gepigmenteerde cutane LE genoemd, is een klinische variant van chronische cutane LE, waarin het beeld wordt gevormd door bruinige tot grijze verkleuring pigmentatie, zonder atrofie of verlittekening. [9] Differentiaal diagnoses bij deze LE-variant zijn onder andere melasma en lichen planus pigmentosus. *Comedogenic LE* wordt gekenmerkt door jeukende, acne-achtige huidafwijkingen, waarbij comedonen op de voorgrond staan. [10] De huidafwijkingen zitten vooral in het gelaat, scalp en de oren. *Comedogenic LE* is voornamelijk beschreven in jonge vrouwen met een auto-immuun-aandoening. [10]

PSORIASIS

De prevalentie van psoriasis wordt hoger gerapporteerd bij patiënten met lichte huidtypes. Onderrapportage van psoriasis in patiënten met huid van kleur echter kan niet worden uitgesloten doordat misdiagnoses kunnen optreden vanwege het ontbreken van erytheem en een klinische overlap met andere aandoeningen zoals tinea corporis, hypertrofische lichen planus en CDLE. [11] Meerdere studies beschrijven het klinisch beeld van psoriasis op huid van kleur met minder opvallend erytheem, dikkere plaques, meer schilfering en een hogere kans op pigment-verschuivingen. [12] Psoriasis-karakteristieke kenmerken als scherpe begrenzing en aanwezigheid van nagelafwijkingen kunnen helpen bij de diagnostiek van psoriasis op huid van kleur.

Erytheem kan zich bij psoriasis op de donkere huid uiten met grijzige tot zwarte huidverkleuringen. Wanneer huidafwijkingen vlak zijn en weinig schilfering vertonen, kan het klinisch lastig zijn om inflammatoir actieve plaques te onderscheiden van postinflammatoire hyperpigmentatie. Onder Aziatische populaties is een *small plaque* fenotype beschreven, waarbij het klinisch beeld bestaat uit vlakke psoriasis guttata-achtige plaques. [12] In tegenstelling tot de klassieke psoriasis guttata is deze psoriasis variant niet geassocieerd met een streptokokken-infectie en kent het juist een chronisch beloop. De pustulaire vormen van psoriasis, waaronder de gegeneraliseerde pustulaire psoriasis (GPP), worden vaker gezien bij patiënten van Aziatische afkomst. Er wordt beschreven dat scalp-psoriasis vaker ernstiger aanwezig is bij patiënten van Afro-Amerikaanse afkomst. Mogelijk spelen culturele factoren m.b.t. haarverzorging hierbij een rol. Postinflammatoire pigmentverschuivingen komen vaker voor bij patiënten met huid van kleur en resulteren in een disproportioneel grote impact op de kwaliteit van leven.

ECZEEM

Eczeem komt vaker voor bij patiënten met huid van kleur en kan zich op andere wijze manifesteren dan op lichte huidtypes. De papuleuze variant van eczeem met folliculaire accentuatie van de huidafwijkingen wordt frequent gezien bij donkere huidtypes. [13] De voorkeurslokaties die, in tegenstelling tot de diagnostische criteria van Hanifin-Rajka, worden beschreven bij patiënten met huid van kleur zijn de extensorgebieden van de extremiteiten en de romp. [13] Lichenificatie en xerosis cutis staan meer op de voorgrond bij donkere huidtypes. [14] Daarnaast hebben patiënten met huid van kleur een

hogere risico op nodulaire huidafwijkingen en postinflammatoire hypopigmentatie. [14] Belangrijke differentiaal diagnoses voor eczeem bij de donkere huid zijn lichen planus, lichen nitidus, en prurigo nodularis. [14] Bij patiënten van Aziatische afkomst is meer een psoriasiform eczeem-beeld beschreven, waarbij huidafwijkingen gekenmerkt worden door een scherpere begrenzing en prominentere schilfering. [15]

ROSACEA

Rosacea is een inflammatoire aandoening, die infrequent gerapporteerd wordt in personen met huid van kleur. Er zijn echter aanwijzingen dat rosacea ondergediagnosticeerd wordt door de breedgedragen maar onterechte assumptie dat rosacea alleen voorkomt bij de lichtere fototypes 1 en 2. [16] Ook speelt mee dat typische rosacea-klachten zoals faciaal erytheem en flushing minder zichtbaar zijn op donkere huid. Het kan daardoor lastig zijn om de diagnose rosacea te stellen op de donkere huid. Studies uit Afrika en Azië rapporteren wisselende prevalenties tot 10% onder hogere fototypes. [17] Onder patiënten met huid van kleur lijken phymateuze en granulomateuze vormen van rosacea vaker voor te komen. [16] Of dit komt door een langere delay tot diagnose of factoren gerelateerd aan genetische predispositie of omgeving is nog onduidelijk. Mogelijk speelt gebruik van topicale corticosteroiden in context van huidbleking een rol.

Een mogelijke diagnose van rosacea op huid van kleur is te overwegen wanneer patiënten klagen over een warm, brandend, stekend of trekkend gevoel in het gelaat en wanneer patiënten zich presenteren met een therapie-recalcitrant acne-achtig huidbeeld. Op de donkere huid uit rosacea zich vaker met een papulopustuleus beeld. Daarnaast zijn oedeem en hyperpigmentatie klinische uitingen van rosacea op huid van kleur. Fijne teleangiëctastieën op de depigmenteerde huid kunnen beter gevisualiseerd worden met dermatoscopie. De klinische verdenking wordt vergroot door aanwezigheid van trigger-klachten, oogklachten passend bij oculaire rosacea en een positieve familieanamnese voor rosacea. [17]

CONCLUSIES

Inflammatoire huidaandoeningen treffen patiënten van elke huidtype, maar er zijn specifieke variaties in klinische manifestaties en impact van deze huidaandoeningen bij patiënten met huid van kleur. Het niet alleen vaker voorkomen, maar ook de ernstiger ziektebeloop en de vertraging in diagnose en behandeling benadrukken de noodzaak van gerichte aandacht voor deze groep patiënten. Een verhoogd bewustzijn en bekendheid met de unieke en soms subtiele klinische manifestaties zijn belangrijk om tijdige diagnose en juiste therapie-keuzes te ondersteunen. Aandacht in de dermatologie-opleiding en ontwikkeling van diverse educatie-materiaal zullen bijdragen om de zorg voor patiënten met inflammatoire huidaandoeningen en huid van kleur te verbeteren.

LITERATUUR

1. McKenzie S, Brown-Korsah JB, Syder NC, Omar D, Taylor SC, Elbuluk N. Variations in genetics, biology, and phenotype of cutaneous disorders in skin of color. Part II: Differences in clinical presentation and disparities in cutaneous disorders in skin of color. *J Am Acad*

Dermatol. 2022 Dec;87(6):1261-1270.

2. Shao K, Hooper J, Feng H. Racial and ethnic health disparities in dermatology in the United States. Part 2: Disease-specific epidemiology, characteristics, management, and outcomes. *J Am Acad Dermatol.* 2022 Oct;87(4):733-744.
3. Syder NC, Omar D, McKenzie S, Brown-Korsah JB, Taylor SC, Elbuluk N. Gaps in medical education curricula on skin of color in medical school, residency, and beyond: Part 1. *J Am Acad Dermatol.* 2023 Nov;89(5):885-892.
4. Abdlaty R, Hayward J, Farrell T, Fang Q. Skin erythema and pigmentation: a review of optical assessment techniques. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2021 Mar;33:102127.
5. Ludwig RJ, von Stebut E. [Inflammatory dermatoses in skin of color]. *Dermatologie (Heidelb).* 2023 Feb;74(2):84-89.
6. Lee V, Sokumbi O, Onajin O. Collagen vascular diseases: A review of cutaneous and systemic lupus erythematosus, dermatomyositis, and distinguishing features in skin of color. *Dermatol Clin.* 2023 Jul;41(3):435-454.
7. Ezeofor AJ, O'Connell KA, Cobos GA, Vleugels RA, LaChance AH, Nambudiri VE. Distinctive cutaneous features of dermatomyositis in Black adults: A case series. *JAAD Case Rep.* 2023 May 22;37:106-109.
8. Weisleder H, Valle A, Xie X, Mahmood S. Racial disparities in diagnosis and treatment of patients with dermatomyositis of different skin tones. *J Clin Rheumatol.* 2024 Jan 1;30(1):8-11.
9. Litaïem N, Rouai M, Slouma M, Rammeh S, Zeglouï F. Melanotic lupus erythematosus: A review of a newly described clinical form of chronic cutaneous lupus erythematosus. *Clin Dermatol.* 2022 Nov-Dec;40(6):716-727.
10. da Silveira CSC, Lemos TB, Curty ERG, Sampaio AL, Alves MFGS, Antelo DAP, Gripp AC, Azulay-Abulafia L. Comedonic lupus, a rare variant of chronic cutaneous lupus erythematosus (CCLE): case series and literature review. *Int J Dermatol.* 2023 Jul;62(7):924-932.
11. Khanna R, Khanna R, Desai SR. Diagnosing psoriasis in skin of color patients. *Dermatol Clin.* 2023 Jul;41(3):431-434.
12. Kaufman BP, Alexis AF. Psoriasis in skin of color: Insights into the epidemiology, clinical presentation, genetics, quality-of-life impact, and treatment of psoriasis in non-white racial/ethnic groups. *Am J Clin Dermatol.* 2018 Jun;19(3):405-423.
13. Adawi W, Cornman H, Kambala A, Henry S, Kwatra SG. Diagnosing atopic dermatitis in skin of color. *Dermatol Clin.* 2023 Jul;41(3):417-429.
14. Davis CM, Flohr C, Gupta MR, Koplin JJ. Managing atopic dermatitis in patients with skin of color. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2023 May;11(5):1376-1383.
15. Gan C, Mahil S, Pink A, Rodrigues M. Atopic dermatitis in skin of colour. Part 2: considerations in clinical presentation and treatment options. *Clin Exp Dermatol.* 2023 Sep 19;48(10):1091-1101.
16. Alexis AF, Callender VD, Baldwin HE, Desai SR, Rendon MI, Taylor SC. Global epidemiology and clinical spectrum of rosacea, high-lighting skin of color: Review and clinical practice experience. *J Am Acad Dermatol.* 2019 Jun;80(6):1722-1729.e7.
17. Maruthappu T, Taylor M. Acne and rosacea in skin of colour. *Clin Exp Dermatol.* 2022 Feb;47(2):259-263.

CORRESPONDENTIEADRES

Deepak Balak

E-mail: d.m.w.balak@lumc.nl