



R.J.B. Driessen

De NVDV-richtlijn *Acne vulgaris* betreft een vertaling van de *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) guideline, aangepast aan de Nederlandse situatie. De NICE-guideline bevat geen aanbevelingen over reguliere laboratoriumcontroles (zwangerschapscontroles uitgezonderd) rondom het gebruik bij isotretinoïne. Omdat bekend was dat er binnen de beroepsgroep behoefte bestond aan kaders op dit gebied, heeft de werkgroep gemeend zelf een aanbeveling te formuleren. Hiervoor hebben we een literatuurschouwing verricht en vonden we een klein aantal onderzoeken van beperkte kwaliteit. Helaas leverde dit weinig nieuwe inzichten op vergeleken met de uitkomsten van een systematisch review en meta-analyse van Lee et al. [1], waarop ook de aanbeveling uit de vorige editie van de NVDV-richtlijn *Acneiforme dermatosen* uit 2013 gebaseerd werd. Opvallend was wel dat men in de nieuwere literatuur steeds vaker propageert om labcontroles in frequentie te verminderen, hoewel een gedegen wetenschappelijke onderbouwing hiervoor vaak ontbrak, en bovendien geen enkel artikel een concrete aanbeveling bevatte. De richtlijnwerkgroep heeft daarom gemeend de aanbeveling voor labcontrole rondom het gebruik van isotretinoïne over te nemen uit de oude richtlijn, met toevoeging van de zinsnede 'bij voorkeur', om aan te geven dat men op indicatie van de controlefrequentie kan afwijken. Ook in nieuwere richtlijnen, zoals die van de AAD uit 2024, wordt laboratoriumcontrole van leverfuncties, nuchtere serumlipiden, en zwangerschap nog altijd aanbevolen. Al doen de auteurs hierin geen duidelijke uitspraken over de frequentie van labonderzoek. [2] Wel verwijst men naar een recente Delphi-consensusstudie, waarin wordt aanbevolen ALAT en triglyceriden te controleren voor aanvang van de behandeling, en eenmalig bij het bereiken van de piekdosering. [3] Het is derhalve niet ondenkbaar dat bij de eerstvolgende update van de NVDV-richtlijn *Acne vulgaris* verlaging van de frequen-

tie van de labcontrole heroverwogen zal worden, zoals dat momenteel ook al het geval is bij veel andere richtlijnupdates van de NVDV en andere beroepsverenigingen.

Een nog veel ingewikkelder, en binnen de beroepsgroep veel bediscussieerd thema is de zwangerschapspreventie en -monitoring bij vrouwelijke patiënten die isotretinoïne gebruiken. Hierbij worden we als dermatoloog geconfronteerd met regelgeving door zowel nationale als internationale instanties, wat het aanpassen van de richtlijn aan de Nederlandse praktijk, en daarmee het vergroten van het 'draagvlak' onder de beroepsgroep, lastig (of beter gezegd: onmogelijk) maakt. Het Europees geneesmiddelenbewakingscomité (PRAC: *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*) van het Europese Geneesmiddelenagentschap (EMA) paste in 2018 de adviezen over zwangerschapspreventie voor alle systemische retinoiden aan op basis van een beoordeling van recente wetenschappelijke gegevens. Door de handelsvergunninghouders van de verschillende middelen werd hierop, in overleg met het EMA, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een Direct Healthcare Professional Communication (DHPC) uitgestuurd naar alle betrokken zorgverleners. [4] De domeingroep *Inflammatoire dermatosen* poogde, nog voor publicatie van de NVDV-richtlijn *Acne vulgaris*, in samenwerking met de Beroepsbelangencommissie van de NVDV op verschillende manieren ingang te vinden om het versoepelen van de regelgeving op dit gebied bespreekbaar te kunnen maken. Zo is contact gezocht met het CBG via een brief, waarin we bezwaar maakten tegen de verplichte zwangerschapscontroles na het staken van retinoiden (in het geval van acitretine gedurende 3 jaar), aangezien dit onwenselijk en praktisch onhaalbaar is. Helaas hebben we, ook na herhaalde pogingen, nooit een reactie van het CBG mogen ontvangen.

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Radboudumc Nijmegen, en voorzitter van de NVDV-richtlijnwerkgroep *Acne vulgaris*

Overigens adviseerde een jurist van de Federatie Medisch Specialisten al eerder om binnen de landelijke richtlijn niet af te wijken van het (internationaal geldige, en juridisch zwaarder wegende) DHPC, omdat dit zou kunnen leiden tot risico's op medico-legaal vlak voor de individueel dermatoloog in geval van calamiteiten. De richtlijnwerkgroep kon daarop niet anders dan meegaan in de regels zoals opgesteld in het DHPC, wat in de oorspronkelijke NICE guideline overigens ook al het geval was. Het is daarbij goed om op te merken dat de teksten van het DHPC een dwingend karakter kennen, geïllustreerd door bijvoorbeeld de zin: *Deze checklist moet door de arts worden ingevuld voor alle vrouwelijke patiënten die acitretine, alitretinoïne of isotretinoïne krijgen voorgeschreven, en bewaard worden in het patiëntendossier om naleving van het zwangerschapspreventie-programma te documenteren.* Van vrijblijvendheid is dus geen sprake, ook al is dit de wens van de beroepsgroep.

Collega De Roos en Beljaards concluderen dat een significant deel van de dermatologen de tekst van de richtlijn in de praktijk niet naleeft. Mijn conclusie is echter een andere, namelijk dat de overgrote meerderheid van de beroepsgroep de richtlijn wél naleeft, in ieder geval ten tijde van de behandeling met isotretinoïne. De bijgevoegde figuren illustreren dat fraai; de adherentiepercentages zijn vergelijkbaar met bijvoorbeeld de adherentie van huisartsen aan de NHG-Standaarden, die huisartsen als 'hoog' beschouwen. [5] Uiteraard is adherentie niet synoniem aan draagvlak. Dat laatste is hopelijk toegenomen door bovenstaande toelichting, die ook de complexiteit van richtlijnontwikkeling weergeeft.

De mening dat er (te) weinig aandacht is voor en navolging van de implementatie van richtlijnen deel ik met de auteurs van het artikel. Ik wil hen dan ook hartelijk bedanken voor

het uitzetten van deze enquête, en het publiceren van de resultaten ervan.

Dit commentaar is geschreven op persoonlijke titel.

LITERATUUR

1. Lee YH, Scharnitz TP, Muscat J, Chen A, Gupta-Elera G, Kirby JS. Laboratory monitoring during isotretinoin therapy for acne: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* Jan 2016;152(1):L114. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.6052.
2. Reynolds RV, Yeung H, Cheng CE, Cook-Bolden F, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2024 May;90(5):1006.e1-1006.e30. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.017. Epub 2024 Jan 30.
3. Xia E, Han J, Faletsky A, Baldwin H, et al. Isotretinoin laboratory monitoring in acne treatment: A Delphi consensus study. *JAMA Dermatol.* 2022 Aug 1;158(8):942-948. doi: 10.1001/jamadermatol.2022.2044.
4. Zie: DHPC Retinoiden (richtlijndatabase.nl)
5. Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D, Westert GP. Perceived barriers to guideline adherence: A survey among general practitioners. *BMC Family Practice.* 2011;12:98. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/98>

CORRESPONDENTIEADRES

Rieke Driessen

: rieke.driessen@radboudumc.nl
