

Te licht

A. Wolkerstorfer

Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Academisch medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres:

Albert Wolkerstorfer

E-mail: a.wolkerstorfer@amc.uva.nl

Te lichte vlekken zijn een frequent verschijnsel bij mensen met een donker huidtype. In principe kan na iedere ontsteking een hypopigmentatie ontstaan. Vaak worden huisartsen maar ook dermatologen geconfronteerd met hypopigmentaties die in feite enkel een restbeeld zijn, terwijl de oorspronkelijke dermatose al lang in remissie is. De hypopigmentaties herstellen uiteindelijk doorgaans spontaan, maar dat kan wel zes tot twaalf maanden duren. Een

belangrijke consequentie van dit geprotraheerde beloop is dat het soms niet meer mogelijk is om de onderliggende oorzaak te diagnosticeren. Echter, soms is de ontsteking zo mild dat men nooit epidermale of dermale verschijnselen van inflammatie kan zien. Een goed voorbeeld hiervan is pityriasis alba. Hierbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat erytheem niet zichtbaar is als roodheid bij mensen met een donker huidtype (IV en VI).

KWALITEIT VAN LEVEN

De meeste aandoeningen met hypopigmentaties en depigmentaties zijn niet bedreigend. Artsen en verzekeraars beschouwen deze pigmentvlekken vaak als onschuldige, cosmetische afwijkingen. In het verlengde daarvan wordt dan soms het belang van

informatie voor de patiënt en het nut van behandeling onderschat. Nog steeds horen patiënten dan de boodschap dat er niets aan te doen is en voelen zij zich niet serieus genomen. Indien de normale huidskleur niet herstelt, begint voor sommige patiënten een langdurige zoektocht naar een effectieve behandeling.

Hypo- en depigmentaties kunnen een grote invloed hebben op het zelfbeeld en op het psychisch en sociaal functioneren. Ze worden geassocieerd met een beschadiging van de huid en met ziekte. In populaties waar lepra nog regelmatig wordt gezien zal bij witte vlekken in eerste instantie worden gedacht aan een manifestatie van lepra.

Bij de meeste aandoeningen met hypo- en depigmentaties is geen specifiek onderzoek naar de kwaliteit van leven gedaan. Een uitzondering hiervan is vitiligo. Verschillende studies tonen duidelijk aan dat patiënten met non-segmentale vitiligo een verminderde kwaliteit van leven hebben. Uiteraard betreft het niet lichamelijke klachten maar emotionele en psychosociale klachten. Met gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de Skindex-29 kunnen de verschillende domeinen van de kwaliteit van leven (symptomen, emoties, functioneren) in kaart worden gebracht. Hierbij bleek dat er klachten waren in de domeinen van emoties en functioneren die vergelijkbaar zijn met die van patiënten met handeczeem, atopisch eczeem en psoriasis.¹

Zoals verwacht mag worden heeft vitiligo met name invloed op patiënten met een donkere huid (huidtype IV-VI).

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

In eerste instantie dient men te differentiëren tussen hypopigmentaties en depigmentaties. De woodlamp is een belangrijk en makkelijk hulpmiddel om hypopigmentaties van depigmentaties te onderscheiden. Een breed spectrum aan aangeboren maar ook verworven dermatosen kan zich klinisch manifesteren als hypopigmentatie. Depigmentaties zijn veel zeldzamer en vaak gaat het daarbij om vitiligo. De vaak historisch gebaseerde naamgeving is niet altijd een goede afspiegeling van het type pigmentstoornis. Zo is bij hypomelanositis guttata idiopathica sprake van depigmentaties terwijl een naevus depigmentosus niet gedepigmenteerd maar juist gehypopigmenteerd is.

Hypopigmentaties

Hypopigmentaties zijn vaak het gevolg van inflammatoire processen en worden soms pas zichtbaar als de inflammatie in remissie is. Veelvoorkomende hypopigmentaties zijn pityriasis alba en pityriasis versicolor. Deze hypopigmentaties repigmenteren spontaan maar wegens het chronisch recidiverende beloop kan de indruk ontstaan dat er geen repigmentatie plaatsvindt. Bij gehypopigmenteerde maculae moet ook altijd aan lepra worden gedacht waarbij hyposensibiliteit een duidelijke aanwijzing voor de diagnose is. Vele andere dermatosen zoals lues II, mycosis fungoides, lichen planus, cutane

sclerodermie, cutane lupus erythematosus en sarcoidose kunnen zich manifesteren met gehypopigmenteerde maculae of plaques.

Wijdverbreid zijn hypopigmentaties bij patiënten met atopisch eczeem en een donker huidtype; deze hypopigmentaties worden door patiënten vaak ten onrechte in verband gebracht met het gebruik van topische corticosteroiden.

Men dient ook bedacht te zijn dat hypopigmentaties een uiting van een sleutel tot de diagnose van multisysteemaandoeningen kunnen zijn zoals tubereuze sclerose (esbladvormige maculae), neurofibromatose type I (leukodermata), hypomelanositis van Ito (blaschkoides hypopigmentaties), incontinentia pigmenti, voedingsdeficiënties (koper, selenium) en fenyketonurie (fenylalanine hydroxylasedeficiëntie).² Hypochrome vitiligo is een relatief nieuwe entiteit die pas in 2015 beschreven werd en gekenmerkt is door multipele, geïsoleerde, scherp begrensde gehypopigmenteerde maculae op de scalp, het gelaat, de nek en soms het bovenste deel van de romp.³ Hoewel de naam hypochrome vitiligo doet vermoeden dat het om een aandoening met depigmentaties gaat, zijn de afwijkingen gehypopigmenteerd. Opvallend is het persisterende karakter van de hypopigmentaties en de resistentie tegenover fotherapie en anti-inflammatoire behandelingen. Hierdoor onderscheidt hypochrome vitiligo zich van vitiligo en post-inflammatoire hypopigmentaties.

Depigmentaties

Indien er sprake is van depigmentaties op bepaalde voorkeursplaatsen, die ontstaan zonder voorafgaande beschadiging of inflammatie van de huid, kan doorgaans de diagnose vitiligo worden gesteld. Non-segmentale vitiligo is gekenmerkt door het ontstaan van symmetrische, scherp begrensde gedepigmenteerde maculae en een chronisch recidiverend beloop waarbij soms het gehele lichaamsoppervlak aangedaan kan zijn. Segmentale vitiligo kenmerkt zich door asymmetrisch gerangschikte, gedepigmenteerde maculae en een initiële progressieve fase (6-12 maanden) gevolgd door een stabiele fase. Een uitzondering is de inflammatoire vitiligo die gepaard gaat met erythematuze en squameuze maculae en plaques voornamelijk aan de rand van de depigmentaties. Ongeveer een procent van de mensen ontwikkelt vitiligo. De afwijkingen beginnen meestal op jongvolwassen leeftijd maar soms ook op de kinderleeftijd. Non-segmentale vitiligo is geassocieerd met auto-immuunziekten; voornamelijk met auto-immuunthyreoïditis en in mindere mate met diabetes mellitus type I, pernicioze anemie, alopecia areata en reumatoïde artritis. Belangrijk is het herkennen van melanoomgeassocieerd leukoderma. Helaas blijkt uit recent onderzoek dat de differentiatie op basis van klinische criteria minder betrouwbaar is dan gedacht.

BEHANDELING

De behandeling van hypo- en depigmentaties is geheel afhankelijk van de onderliggende diagnose.

Veel van de in de praktijk voorkomende hypopigmentaties zijn het gevolg van inflammatoire processen. Indien de onderliggende inflammatie onder controle is zal ook de hypopigmentatie uiteindelijk spontaan herstellen. Een juiste diagnose is daarom essentieel.

Bij vitiligo worden naast topische anti-inflammatoire middelen ook foterapie (meestal TL-01 smalspectrum UVB) en pigmenttransplantaties toegepast.⁴

SAMENVATTING

Artsen worden vaak geconfronteerd met klachten van lichte vlekken. Enerzijds rijst dan de vraag naar de oorzaak en anderzijds naar de behandeling. De onderliggende oorzaak is soms niet meer te achterhalen omdat de arts vaak alleen een restbeeld met pigmentafwijkingen ziet. Belangrijk voor diagnose en behandeling is de differentiatie tussen hypopigmentaties en depigmentaties waarbij het onderzoek met de woodlamp een belangrijke aanvulling is. Hoewel pigmentstoornissen doorgaans niet gevaarlijk zijn, kan er een grote invloed bestaan op het zelfbeeld en op het psychisch en sociaal functioneren. Kwaliteit-van-levenstudies hebben dit bij vitiligo bevestigd. De behandeling van hypo- en depigmentaties is afhankelijk van de diagnose en gericht op de onderliggende pathologie. Uiteindelijk zal na verloop van tijd spontane repigmentatie optreden die gestimuleerd wordt door blootstelling aan UV-straling.

TREFWOORDEN

hypopigmentatie – depigmentatie – pigment

LITERATUUR

1. Linthorst Homan MW, Spuls PI, Korte J de, et al. The burden of vitiligo: patient characteristics associated with quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2009;61:411-20.
2. Geel N van, Speeckaert M, Chevolet I, et al. Hypomelanoses in children. *J Cutan Aesthet Surg* 2013;6:65-72.
3. Ezzedine K, Mahé A, Geel N van, et al. Hypochromic vitiligo: delineation of a new entity. *Br J Dermatol* 2015;172:716-21.
4. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, Geel N van. Vitiligo. *Lancet* 2015;386:74-84.

SUMMARY

Physicians are regularly confronted by patients with light patches on the skin. Patients want to know the cause and treatment of these patches. The cause is often difficult to determine as the physician may only see the residual 'pigmentscar' while the original (inflammatory) disorder has resolved. The differentiation between hypopigmentation and depigmentation is essential for both diagnosis and therapy. For this purpose, the Wood's lamp is a useful instrument. Although pigment disorders are not dangerous, they can have a major impact on self-image and psychosocial wellbeing. This has been confirmed with quality of life studies in patients with vitiligo. The treatment of these hypopigmented and depigmented disorders is based on a correct diagnosis and treating the underlying skin disorder. If the underlying disorder is in remission, generally, repigmentation will occur which is stimulated by exposure to UV radiation.

KEYWORDS

hypopigmentation – depigmentation – pigment

GEMELDE (FINANCIËLE) BELANGENVERSTRENGELING

Geen