FTO ONLINE

www.fto.nl

Juli 2019

CONSTITUTIONEEL ECZEEM

Drs. M.E.A.P. Eijkelkamp, huisarts
Dr. A.F.S. Galimont, dermatoloog

COLOFON

Redactieraad

- Drs. A.M. van Atten, huisarts
- Drs. A.P.M. Coenen, apotheker
- Drs. F.S. Dronkers, apotheker
- Drs. F.A.C. van Opdorp, apotheker
- Drs. E.C. Romijn, huisarts
- Drs. P.S. Verkerk, huisarts
- Drs. L.A.A. Viruly, huisarts

Auteurs

Drs. M.E.A.P. Eijkelkamp, huisarts
Huisartsenpraktijk Respons, Hengelo

Dr. A.F.S. Galimont, dermatoloog
DermaTeam, Zeeland en West-Brabant

Uitgever

Medix Publishers BV
Laarderhoogtweg 25
1101 EB Amsterdam

Website: www.medixpublishers.nl
E-mail: info@fto.nl

Medische redactie

Drs. W.H. Munneke
Drs. L. O'Callaghan
Mw. I.N. Vermeulen
Drs. M.F. Vriesman

Copyright

Niets uit deze uitgave mag op enigerlei wijze worden overgenomen zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever. Hieronder valt niet het eigen gebruik van reprints door abonnees.

Mede mogelijk gemaakt door

Mede mogelijk gemaakt door
Sanofi Genzyme B.V.

SANL.DUP.19.06.0292

INHOUDSOPGAVE

Inleiding **4**

Ziektebeeld **5**
- Epidemiologie 5
- Pathofysiologie 5

Diagnostiek **7**
- Anamnese 7
- Lichamelijk onderzoek 7
- Differentiaaldiagnose 10

Behandeling **12**
- Voorlichting 12
- Het gebruik van een vettende crème 14
- Het gebruik van een vettende zalf 14
- Samenstelling indifferente middelen 15
- Behandeling met dermatocorticosteroïden 16
- Aanbrengen van dermatocorticosteroïden 18
- Applicatiefrequentie van dermatocorticosteroïden 20
- Indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn 21
- Samenwerkingsafspraken 22
- Behandelmogelijkheden tweede lijn 22
- Dupilumab 23

Conclusie **25**

Stellingen voor uw FTO **27**

Casuïstiek – Vragen **28**
- Casus I – Baby met eczeem na de geboorte 28
- Casus II – 43-jarige vrouw met fors eczeem 29
- Casus III – 45-jarige ondernemer met constitutioneel eczeem 30

Literatuuropgave **32**

Casuïstiek – Antwoorden **34**
- Casus I – Baby met eczeem na de geboorte 34
- Casus II – 43-jarige vrouw met fors eczeem 36
- Casus III – 45-jarige ondernemer met constitutioneel eczeem 37

Publicatielijst **39**
- Actuele uitgaven 39
- Verwachte uitgaven 39

INLEIDING

Constitutioneel eczeem (CE), ook wel atopisch eczeem genoemd, is een veel voorkomende aandoening. Deze multifactorieel bepaalde chronische aandoening heeft een geschatte prevalentie van 6% bij kinderen en 2 tot 10% bij volwassenen.[1,2] Constitutioneel eczeem maakt onderdeel uit van het atopisch syndroom, samen met (allergisch) astma, allergische rinitis en voedselallergie. CE heeft grote invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn directe omgeving. Kenmerkend voor CE is de aangeboren gestoorde barrièrefunctie van de huid en een IgE-gemedieerde sensibilisatie voor inhalatie- en voedselallergenen. Het kent een chronisch recidiverend karakter en hoewel de aandoening vaak op kinderleeftijd al aanwezig is, kan het zich op elke leeftijd voor het eerst ontwikkelen.

Kennis over het hebben van CE kan de kwaliteit van leven verbeteren. Het is belangrijk om te weten welke factoren de aandoening CE verslechteren of juist verbeteren. Op deze manier kan de patiënt beter omgaan met CE. De behandeling vraagt veel van de patiënt en onjuiste informatie of angst voor dermatocorticosteroïden kunnen zorgen voor onnodige onrust. Goede voorlichting en begeleiding zijn van groot belang. Het belang van indifferente middelen is zeer groot, het vormt al dan niet in combinatie met dermatocorticosteroïden, de basis van de behandeling van eczeem. Indien deze vorm van behandeling niet toereikend is, kunnen patiënten worden verwezen naar de tweede lijn voor lichttherapie of systemische therapie met immunosuppressiva zoals ciclosporine, methotrexaat, azathioprine en mycofenolaatmofetil. Sinds januari 2018 is voor patiënten met ernstig constitutioneel eczeem, die met de bestaande immunosuppressieve therapie niet meer uitkomen, een behandeling met de biological dupilumab mogelijk.

ZIEKTEBEELD

EPIDEMIOLOGIE

CE komt het meest voor bij kinderen tot 4 jaar. Zo ligt de prevalentie bij kinderen tussen de 0 en 1 jaar oud rond de 14%.[3] Met het stijgen van de leeftijd daalt de prevalentie, in de leeftijd van 1 tot 4 jaar is de prevalentie gedaald naar ongeveer 8%. Een ruime meerderheid van de kinderen (80%) heeft na het achtste jaar geen eczeem meer.[4] Vanaf 18 jaar en ouder wordt de prevalentie van CE geschat op 2 tot 10%.[2] Bij verschillende beroepsgroepen komt werkgerelateerd irritatief of allergisch contacteczeem vaak voor, zoals bij kappers, schoonmakers en medewerkers in de gezondheidszorg. Vanaf de leeftijd van 50 jaar is juist een toename te zien van hypostatisch eczeem. Kinderen met CE krijgen relatief vaak astma (30 tot 45% van de kinderen met CE tussen de 4 en 7 jaar oud). Het is belangrijk om dit in het achterhoofd te houden bij de behandeling van een kind met eczeem dat last heeft van onbegrepen vermoeidheid of een verminderde inspanningstolerantie. Ook rinitis komt relatief vaak voor bij kinderen in deze leeftijdsgroep met CE (15 tot 50%).[4]

Naast constitutioneel eczeem bestaan nog andere vormen van eczeem. Een van deze vormen is contacteczeem, hieronder valt irritatief en allergisch contacteczeem. Irritatief contacteczeem ontstaat door frequent contact met irriterende stoffen zonder dat er sprake is van een allergische reactie. Bij allergisch contacteczeem is juist wel sprake van een immunologische overgevoeligheidsreactie bij contact met het allergeen. Een andere regelmatig terugkerende vorm van eczeem is het hypostatisch eczeem. Dit is veel te zien bij veneuze insufficiëntie met pitting oedeem. Waarschijnlijk speelt het oedeem een rol maar de precieze etiologie is onduidelijk. Bij deze vorm van eczeem is compressietherapie een effectieve behandeling.

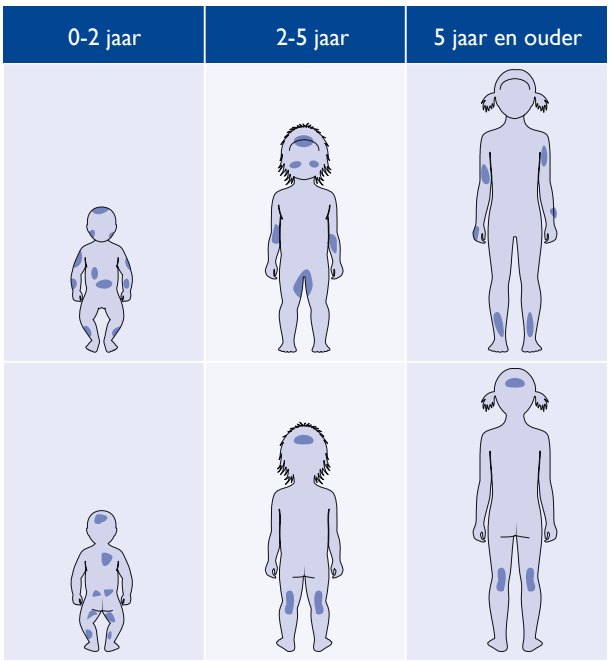
PATHOFYSIOLOGIE

De precieze oorzaak van constitutioneel eczeem is onbekend. Er spelen verschillende factoren een rol. Een van deze factoren is aanleg (constitutie). Eeneiige tweelingen hebben vaker beiden CE ten opzichte van twee-eiige tweelingen.[5] Het risico op het ontwikkelen van eczeem is ook groter wanneer een van

beide ouders zelf CE heeft. Daarnaast geeft een ouder met astma of allergische rhinoconjunctivitis (immunologische overgevoeligheidsreactie in de neus en het oog), een groter risico op CE bij het kind, weliswaar in mindere mate dan bij een ouder met CE. Het optreden van constitutioneel eczeem op jonge leeftijd is geassocieerd met genetische defecten in het huidbarrière-eiwit filaggrine. Hierdoor kan de huid minder goed water vasthouden en droogt zodoende sneller uit.[6]

Daarnaast spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. De gestoorde huidbarrière zorgt niet alleen voor transepidermaal waterverlies (droge huid), maar ook voor een IgE-gemedieerde sensibilisatie voor inhalatie- en voedselallergenen. De toegenomen doorlaatbaarheid van de huid geeft ruimte aan uitwendige factoren zoals allergenen, irritantia en bacteriën die het immuunsysteem kunnen activeren. De epidermis van de aangedane actieve eczeemhuid wordt oedemateus met toename van perivasculaire infiltratie van lymfocyten, macrofagen en andere ontstekingscellen in de dermis. CE is met name een Th2-gemedieerde ziekte met gerelateerde aanwezige markers zoals IL-4, IL-5 en IL-13. Er bestaat geen bewijs dat blootstelling aan of juist eliminatie van inhalatieallergenen het beloop van eczeem beïnvloedt. Een andere factor die meespeelt is het gebruik van water en zeep. Frequent gebruik hiervan verstoort de barrièrefunctie van de huid waardoor verdere uitdroging ontstaat.

Constitutioneel eczeem begint vaak rond de leeftijd van 3 tot 4 maanden en is meestal mild. Vanaf 15 jaar heeft ongeveer 80% geen eczeem meer. Risicofactoren voor persisterend eczeem zijn: het ontstaan van eczeem nog voor de leeftijd van 1 jaar, ernstig eczeem op jonge leeftijd en de aanwezigheid van astma.[7] De locatie van eczeem verandert met het ouder worden. Bij kinderen onder de twee jaar is meestal het gelaat aangedaan, de behaarde hoofdhuid en de strekzijde van de extremiteiten. Na het tweede jaar is eczeem vooral waar te nemen bij de buigzijde van extremiteiten.[8] De ernst en omvang van CE kunnen sterk variëren, afhankelijk van omgevingsfactoren zoals zweten, warm of juist koud weer, ruwe textiel, stress en zeep.[9]



Figuur 1 Voorkeurslocaties van constitutioneel eczeem bij kinderen.

DIAGNOSTIEK

ANAMNESE

De diagnose constitutioneel eczeem wordt veelal gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Bij de anamnese kunnen de volgende vragen aan bod komen, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt:

- Begin en beloop van huidklachten.
- Persoonlijke voorgeschiedenis van astma en/of hooikoorts.
- Lokalisatie van de huidafwijkingen, nu en in het verleden.
- Ervaren klachten zoals jeuk, krabben, verstoorde nachtrust en hinder bij dagelijkse bezigheden.
- Eerdere episoden van eczeem, het beloop destijds en het effect van al uitgeprobeerde behandelingen.
- Bad- en douchegewoonten (frequentie, duur van het douchen, temperatuur van het water en zeepgebruik).
- Gebruik van (zelf)medicatie.
- Eerstegraads familieleden met eczeem, astma en/of allergische rinitis (atopische familie).
- Aanwijzing voor eventuele voedselallergie (dit komt zelden voor).
- Dagelijkse bezigheden, hobby's en werk.
- Huidafwijkingen elders (dermatomycose).
- Uitlokkende factoren zoals stress en verminderde weerstand.

Bij het uitvragen van de therapeutische voorgeschiedenis is het van belang om te weten welke zalven al zijn toegepast, of de toepassing adequaat is geweest, de duur van de behandeling en het effect ervan.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Bij het lichamelijk onderzoek dient de huid van de patiënt van top tot teen beoordeeld te worden. De belangrijkste klachten bij CE zijn rode, schilferige plekken, vergroving van de huidplooien en chronische, hevige jeuk. De voorkeurslokalisaties zijn het gelaat, hals, nek, elleboogplooien, polsen, knieholten en enkels. De plekken zijn aanvankelijk vochtig, maar later steeds droger; ook de resterende huid is vaak droog. Bij zuigelingen is vooral het gelaat sterk aangedaan, op latere leeftijd is dat veel minder

uitgesproken. Wel kan een ragade met korstjes zichtbaar blijven bij het oorlelletje, ook onder de ogen blijft vaak licht CE bestaan in de vorm van roodheid, schilfering of een bruine verkleuring. Kijk naar de lokalisatie, de aard, het aspect van de huid, tekenen van infectie, excoriaties en de uitgebreidheid. Let ook op eventuele bijwerkingen van langdurig dermatocorticosteroïd gebruik zoals striae en atrofie. Bij handeczeem is het van belang om ook naar de voeten te kijken (strooireactie bij een dermatomycose) en let bij problemen aan de onderbenen op tekenen van veneuze insufficiëntie. Bij mensen met een donkere huid dient goed te worden gekeken naar donkere verkleuring. De roodheid is hier vaak niet te zien, waardoor de ernst van eczeem onderschat kan worden.

De ernst van het eczeem bepaalt in belangrijke mate de behandelkeuze. Om de ernst van het eczeem te beoordelen bestaan diverse scoresystemen, deze zijn ook bruikbaar om het effect van de behandeling te kunnen monitoren. In de huisartsenpraktijk kan gebruik worden gemaakt van de *Three Item Severity score* (TIS-score). Het is een afgeleide en verkorte versie van de uitgebreide *Severity Score of Atopic Dermatitis* (SCORAD). De drie aspecten die bij de TIS-score bekeken worden zijn erytheem (roodheid), oedeem/papels en krabeffecten (excoriatie). Voor elk item geldt: afwezigheid = 0 punten, mild = 1 punt, matig = 2 punten en ernstig = 3 punten. Bij het afnemen van de TIS-score dient gezocht te worden naar een plek waar het eczeem het duidelijkst zichtbaar is.

Tabel 1 De TIS-score.

Huidafwijking	Afwezig	Mild	Matig	Ernstig
Erytheem*	0	1	2	3
Oedeem/papels	0	1	2	3
Krabeffecten	0	1	2	3

Omcirkel de score in de tabel uitgaande van de meest duidelijke eczeemplek.

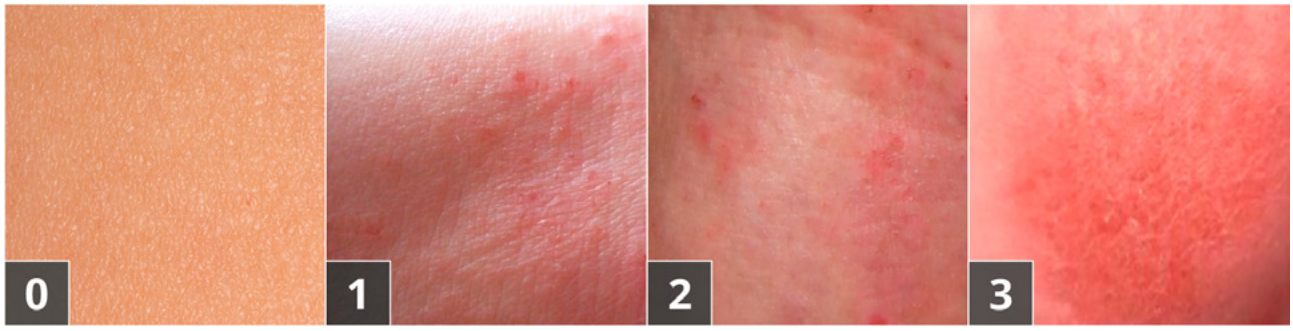
De totaalscore (TIS-score) is: ……..

*Bij een donkere huid dient minder gelet te worden op erytheem, maar op donkere verkleuring.

TIS-score < 3	mild eczeem
TIS-score ≥ 3 en < 6	matig eczeem
TIS-score ≥ 6	ernstig eczeem

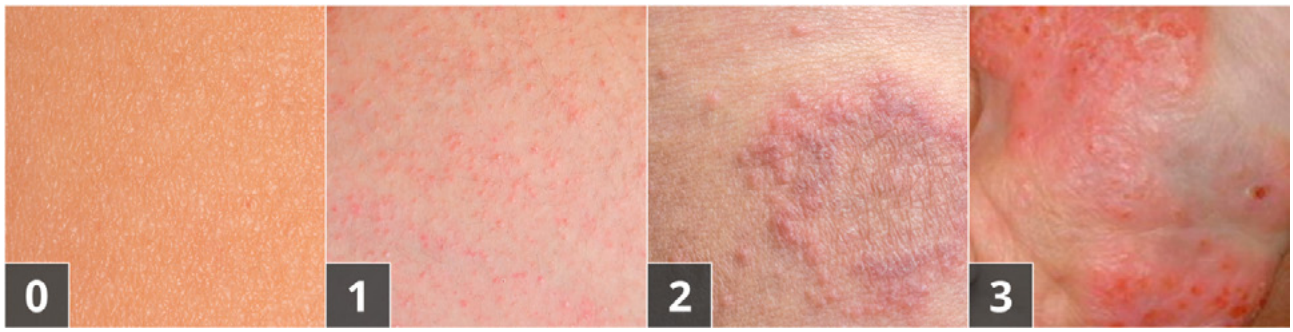
De Jeugdgezondheidszorg (JGZ)-richtlijn ‘Huidafwijkingen’ adviseert JGZ-artsen om bij kinderen met een TIS-score ≥ 3 te verwijzen naar de huisarts voor behandeling middels dermatocorticosteroïden.

Erytheem



Geen	Mild: vaag waarneembaar roze	Gemiddeld: duidelijk te onderscheiden vaalrood	Ernstig: donkerrood of vurig rood

Oedeem/papels



Geen	Mild: nauwelijks waarneembare verhevenheid	Gemiddeld: duidelijk waarneembare verhevenheid, maar niet op voorgrond	Ernstig: verhevenheid staat op voorgrond

Excoriatie

Geen	Mild: enkele oppervlakkige excoriaties	Gemiddeld: veel oppervlakkige en/of een paar diepere excoriaties	Ernstig: diffuse uitgebreide oppervlakkige en/of veel diepe excoriaties

Figuur 2 De verschillende onderdelen van de TIS-score. Een atlas voor de ernst van laesies.

De diagnose constitutioneel eczeem wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Een jeukende huid is hierbij het hoofdcriterium. Daarnaast bestaan een aantal nevencriteria. Om de diagnose constitutioneel eczeem te stellen dienen minstens drie van deze nevencriteria aanwezig te zijn. Deze criteria zijn weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 Diagnostische criteria voor constitutioneel eczeem.

Hoofdcriterium	Drie nevencriteria dienen aanwezig te zijn
Jeuk	Eczeem op de buigzijde extremiteit (bij kinderen < 4 jaar strekzijde), nek, rond de ogen, wangen of voorhoofd
	Klachten van een droge huid in het afgelopen jaar
	Voorgeschiedenis van huidafwijkingen buigzijden extremiteiten, nek, rond de ogen, wangen of voorhoofd
	Astma of hooikoorts nu of in verleden bij eerstegraads familielid
	Begin van de aandoening leeftijd < 2 jaar

Bron: Williams, 1995[10]

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Aanvullend onderzoek is bij constitutioneel eczeem zelden nodig. Bepaling van IgE heeft geen therapeutische consequenties voor het eczeem. Bij twijfel over de klinische diagnose kan aanvullend onderzoek echter wel zinvol zijn, zoals bij een vermoeden van scabiës, een dermatomycose of contactallergie. Aanvullende diagnostiek kan in dit geval bestaan uit een huidbiopt, een KOH-preparaat, epicutaan allergologisch onderzoek (tweede lijn), of laboratoriumonderzoek.

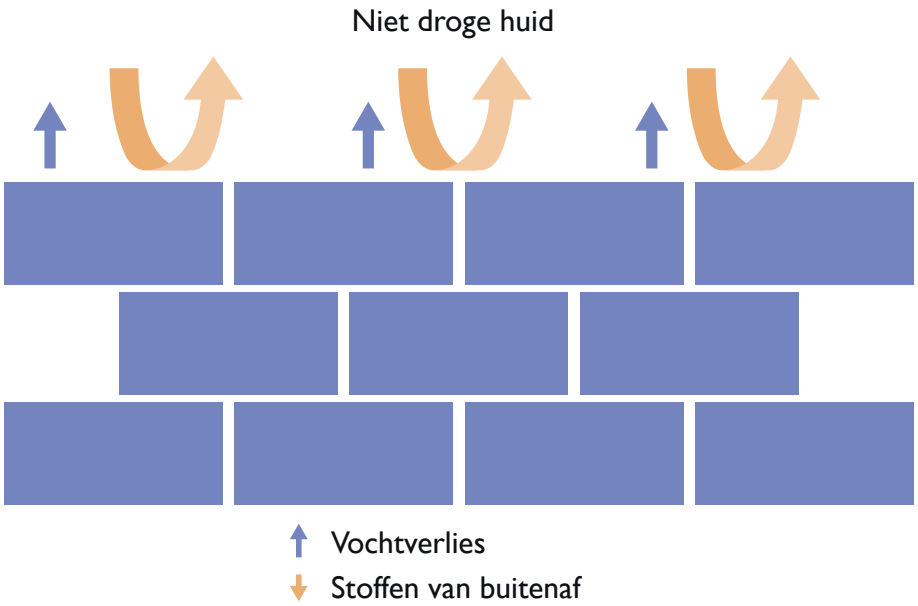
Tabel 3 Differentiaal diagnostisch zijn de volgende aandoeningen van belang.

Diagnose	Klinische kenmerken	Aanvullende diagnostiek
Contacteczeem	Gelokaliseerde distributie lichaam	Epicutaan allergologisch onderzoek (tweede lijn)
Dermatitis perioralis	Kleine erythemateuze papeltjes vooral perioraal	Anamnese van langdurend gebruik van dermatocorticosteroïden
Dermatomycose	Centrifugaal uitbreidende roodheid met randactiviteit en schilfering	KOH-preparaat of klinische diagnose
Psoriasis	Rode witgrijze schilfering, minder jeuk	Klinische diagnose (biopt)
Rosacea	Kleine papels en pustels in een erythemateuze huid in het gelaat, geen schilfering	Klinische diagnose (biopt)
Scabiës	Papels in liezen, oksels en genitaal, handen 'gangetjes'	KOH-preparaat en anamnese
Seborroïsch eczeem	Roodheid, vettige schilfering behaarde hoofd en nasolabiaal	Klinische diagnose

BEHANDELING

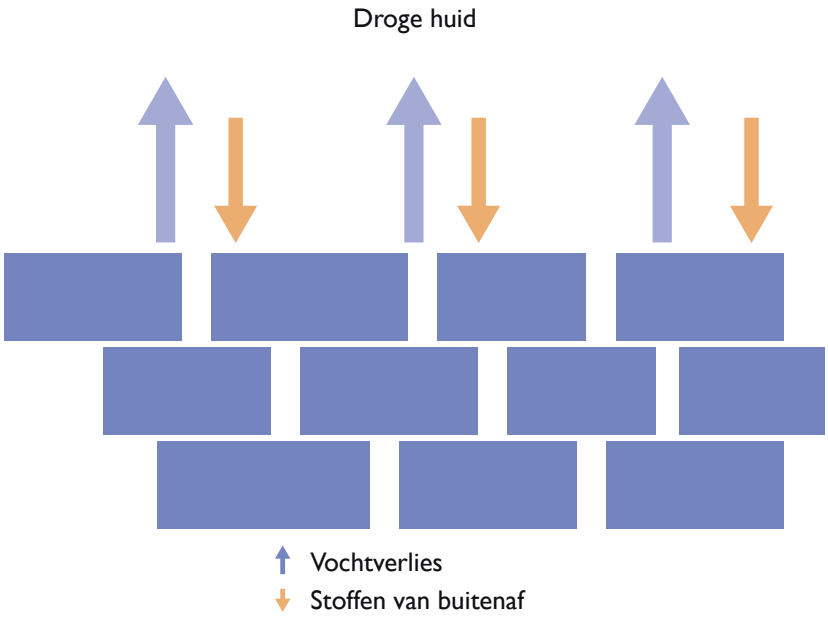
VOORLICHTING

Allereerst is het belangrijk om te benadrukken dat eczeem niet besmettelijk is en zelden wordt veroorzaakt door een voedsel- en/of inhalatieallergie. Het heeft te maken met een (te) droge en gevoelige huid. Bij voorlichting aan de patiënt kunnen onderstaande schematische weergaven worden gebruikt.



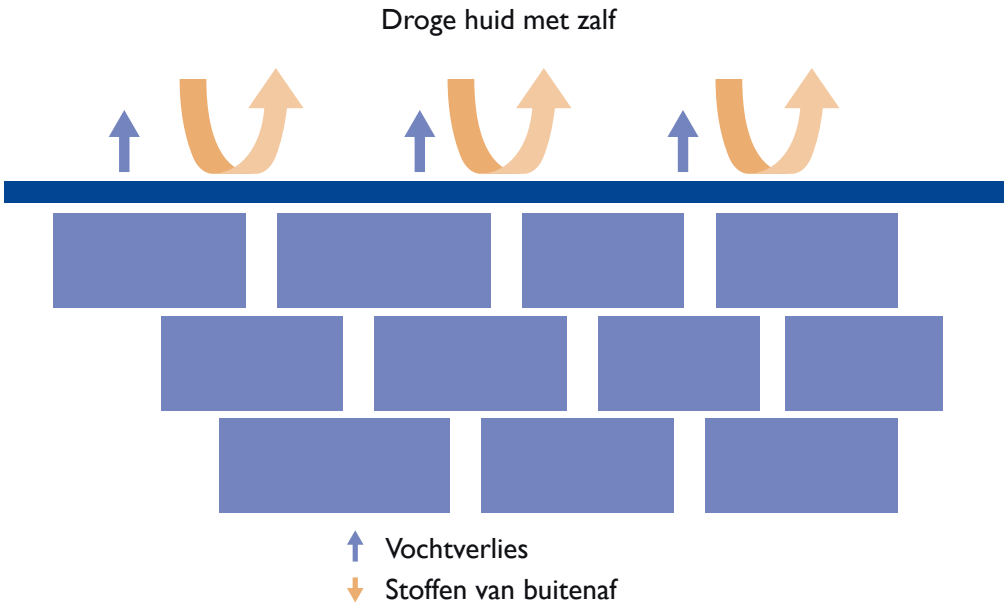
Figuur 3 Een niet droge huid.

Hierboven is een normale huid te zien. De huidcellen liggen dicht tegen elkaar aan, kunnen goed vocht vasthouden en laten weinig stoffen van buiten naar binnen door. De huid is goed afgesloten.



Figuur 4 Een droge huid.

Hierboven is een droge huid te zien. De huidcellen liggen verder van elkaar vandaan waardoor vocht/water makkelijker uit de huid verdwijnt en stoffen van buiten makkelijker de huid kunnen binnendringen. Door lang te douchen of badderen (vaak handen wassen), heet te douchen en veel zeep te gebruiken, wordt de toch al spaarzame vetlaag van de huid verwijderd. De huid wordt zo nog droger en hierdoor ontstaat meer jeuk.



Figuur 5 Een droge huid met zalf.

Wanneer kort wordt gedoucht (5 tot 10 minuten), niet te heet en zonder zeep, wordt het verlies van de vetlaag beperkt. Douchen heeft als voordeel dat irriterende stoffen van de huid worden gespoeld. Wanneer na het douchen direct een neutrale vette crème of zalf wordt opgesmeerd dan wordt het vocht opgesloten en kunnen stoffen van buiten niet goed meer naar binnen. Op deze manier kan een normale huid worden benaderd, die niet schilfert en niet of veel minder jeukt.

HET GEBRUIK VAN EEN VETTENDE CRÈME

Goede verzorging van de huid is de eerste stap om het eczeem zo rustig mogelijk te houden. Vettende crèmes vormen de basis van de behandeling. Bij de dagelijkse verzorging is het aanbrengen van een beschermlaag middels een vettende crème op het gehele lichaam van groot belang. Deze behandeling zorgt er namelijk voor dat de huid vet blijft en niet uitdroogt. Een droge huid geeft meer jeuk en is gevoeliger voor prikkels van buitenaf. Mensen met eczeem hebben een andere vetsamenstelling van de huid, waardoor de huid droger is. Het aanbrengen van een beschermlaag met behulp van een vettende crème is zeer belangrijk om een goede huidbarrière te houden. Vettende crèmes dienen zowel in de actieve fase als in de rustige fase van het eczeem gebruikt te worden.
In een actieve fase wordt de vettende crème gebruikt om bij te smeren, naast het dermatocorticosteroïd. In de rustige fase houdt de vettende crème de huid soepel en de beschermende laag intact waardoor eczeem minder kans heeft weer actief te worden en de huid minder jeukt.

HET GEBRUIK VAN EEN VETTENDE ZALF

Het smeren van vette zalven is niet altijd een prettige behandeling. Tijdens het douchen hebben veel patiënten minder jeuk, wat vervolgens na het douchen weer toeneemt. De meeste patiënten zullen weinig gemotiveerd zijn om korter te douchen, minder heet te douchen en het zeepgebruik te stoppen of te beperken. Het is van belang dat patiënten de informatie over eczeem begrijpen en onthouden, zodat ze de behandeladviezen beter kunnen opvolgen.[11]
Bij het smeren van vette zalven kunnen kledingstukken nog wel eens vastplakken aan de huid, dit kan erg onaangenaam zijn. Als huisarts is het belangrijk om empathie te tonen, maar ook volhardend te zijn in het feit dat dit de basis is van een goede eczeembehandeling. De huid dient minimaal eenmaal per dag met een vette zalf ingesmeerd te worden. Gezien de vetheid van de crèmes en zalven kan geadviseerd worden om de crème of zalf voor de nacht aan te brengen en een wat oudere pyjama te dragen die tegen vetvlekken kan. Zoek samen met de patiënt naar een behandelschema dat in te passen is in het dagelijks leven. Een goede arts-patiëntrelatie helpt om de therapietrouw te vergroten.[12]

SAMENSTELLING INDIFFERENTE MIDDELEN

Crèmes en zalven bestaan in verschillende samenstellingen. Hierbij is de verhouding van water en vet van belang. In het geval van vettende crèmes speelt de verhouding van water en olie een rol. Zalf, crème en lotion zijn benamingen die aangeven hoeveel water en vet in een smeersel zit. Een zalf is vetter dan een crème en een crème weer vetter dan een lotion.

- Een zalf is een samenstelling van veel vet en weinig tot geen water.
- Een vetcrème is een samenstelling van zalf en crème.
- Een crème is een samenstelling van zalf en water.
- Een lotion is een samenstelling van weinig vet en veel water (niet geschikt bij chronisch eczeem).

Zoek samen met de patiënt naar een indifferent middel dat hem of haar het beste bevalt. Bedenk wel dat crèmes op waterbasis zijn en dus weinig vet achterlaten op de huid. Een crème plakt weliswaar minder, maar dat heeft ook een keerzijde. Zo dient een crème meerdere keren per dag opgesmeerd te worden om de huid goed gehydrateerd te houden. Patiënten kunnen dit als hinderlijk ervaren, zodoende kan het een optie zijn om te starten met de vettere vaselineparaffine zalf in gelijke delen of koelzalf. Wanneer de patiënt merkt dat eenmaal daags smeren voldoende is om schilfering en jeuk te voorkomen, maakt dit het gebruik makkelijker en verhoogt het de therapietrouw.[13] Indien patiënten deze optie nog steeds te vet vinden, kan worden uitgeweken naar crèmes of vetcrèmes. Wanneer een patiënt eenmaal tevreden is over het indifferente middel, schrijf dan meerdere tubes van 100 gram voor. Artsen zijn over het algemeen geneigd om de therapietrouw van hun patiënten te overschatten.[14] Bovenstaande uitleg kost tijd, maar dit zal de therapietrouw enorm bevorderen.[11]

De keuze voor het soort indifferente middel is afhankelijk van de toestand van de huid. Bij een erg droge huid en nu al noodzaak tot meerdere keren per dag smeren, zou gekozen kunnen worden voor een vette zalf in de hoop dat hiermee de frequentie van het smeren teruggebracht kan worden naar eenmaal daags. Vinden patiënten dit echt te vet, dan kan een keuze worden gemaakt voor een crème of een vetcrème. Over het algemeen geldt dat hoe droger de huid is, hoe vetter de zalf zou moeten zijn. Een nattend eczeem komt in de huisartspraktijk niet veel voor, in dit geval kan beter voor een crème worden gekozen dan voor een zalf.

Tabel 4 Indifferente middelen in oplopende vethoudendheid.

Basis	Preparaat
Crème	■ Cetomacrogolcrème ■ Lanettecrème
Vetcrème	■ Vaseline cetomacrogolcrème ■ Vaselinelanettecrème
Zalf	■ Koelzalf (= unguentum leniens) ■ Cetomacrogolzalf ■ Lanettezalf ■ Paraffine/vaseline in gelijke delen

Bron: NHG-Standaard Eczeem, 2014[7]

Een vette zalf kan met name in de zomer jeuk veroorzaken doordat er een broeireactie ontstaat op de huid. In dit geval is het raadzaam om in de zomer uit te wijken naar een crème. Met name bij behaarde mannen kan een zalf tot ontsteking van de haarzakjes leiden. Geef in dit geval het advies om met de haarrichting mee te smeren en/of wijk uit naar een crème.
De voorkeur voor een vettende crème is persoonlijk en afhankelijk van kleur, geur en smeerbaarheid. Het loont om te vragen wat mensen belangrijk vinden. Weinig frequent smeren maar meer plakkerigheid (zalf) of geen plakkerigheid maar dan wel vaker moeten smeren (crème). Soms dienen verschillende soorten vettende crèmes geprobeerd te worden, dit is ook afhankelijk van omstandigheden zoals seizoen, sport, en werkzaamheden.

BEHANDELING MET DERMATOCORTICOSTEROÏDEN

Dermatocorticosteroïden nemen een prominente plek in bij de behandeling van eczeem. Deze middelen onderdrukken de ontstekingsreactie en bestrijden jeuk. De effectiviteit is al lange tijd bekend, sinds de jaren 50 van de vorige eeuw worden dermatocorticosteroïden voor verschillende aandoeningen gebruikt. Het gebruik van lokale calcineurineremmers (pimecrolimus en tacrolimus) wordt afgeraden voor de behandeling van eczeem in de eerste lijn.[7] Deze zijn niet effectiever dan dermatocorticosteroïden en de effecten van lokale immunosuppressie zijn op lange termijn onbekend.[15] Lokale calcineurineremmers kunnen echter wel in het gelaat en lichaamsplooien gebruikt worden, dit in tegenstelling tot klasse 3-dermatocorticosteroïden. Daarnaast worden ook teerpreparaten niet meer aanbevolen voor de behandeling van eczeem in de eerste lijn, wegens beperkt bewijs voor de effectiviteit en veiligheid.[16]

Dermatocorticosteroïden worden ingedeeld van klasse I (zwakwerkend) tot klasse 4 (zeer sterkwerkend). Het is onduidelijk welk middel per klasse het meest effectief is, de keuze wordt mede bepaald door de kosten. Bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem gaat in de tweede lijn de voorkeur uit naar fluticasonpropionaat en mometasonfuroaat, vanwege de kortere halfwaardetijd en daarmee mogelijk minder systemische bijwerkingen.[17] Correct gebruik van dermatocorticosteroïden leidt zelden tot bijwerkingen. Goede en duidelijke uitleg over de behandeling is daarbij echter belangrijk. Vaak is sprake van onderhandeling vanwege te weinig en te dun smeren. Misbruik van dermatocorticosteroïden door het te lang continu smeren van sterk/zeer sterkwerkende corticosteroïdenzalf komt zelden voor.

Tabel 5 Klasse-indeling dermatocorticosteroïden.

Klasse 1	Klasse 2
■ Hydrocortisonacetaat 1%	■ Clobetasonbutyraat 0,05% ■ Flumetasonpivalaat 0,02% ■ Hydrocortisonbutyraat 0,1% ■ Triamcinolonacetonide 0,1%

Klasse 3	Klasse 4
■ Betamethasondipropionaat 0,05% ■ Betamethasonvaleraat 0,1% ■ Desoximetason 0,25% ■ Fluticasonpropionaat 0,005% (zalf) en 0,05% (crème) ■ Mometasonfuroaat 0,1%	■ Clobetasolpropionaat 0,05% ■ Betamethasondipropionaat 0,05% in propyleenglycol-houdende basis

Bron: NVDV Leidraad dermatocorticosteroïden 2019[17]

Het doel van de behandeling is het bereiken van een volledige remissie van het eczeem. Bepaal de behandeling op grond van de ernst van het eczeem maar ook op basis van eerdere ervaringen van de patiënt. De volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Kies bij nattend eczeem voor een corticosteroïdcrème, kies bij droog eczeem voor een vette basis.
- Uit onderzoek blijkt geen duidelijk verschil in effectiviteit tussen eenmaal daags of tweemaal daags gebruik van klasse 2- en klasse 3-dermatocorticosteroïden.[17]
- Mondelinge- en schriftelijke uitleg over het smeren door middel van het vingertopschema en uitleg over de maximaal te gebruiken hoeveelheden per week.
- Behandel totdat de huid weer helemaal hersteld is.
- Benadruk dat bijwerkingen bij klasse 1- en klasse 2-dermatocorticosteroïden zeldzaam zijn.
- Beperk dagelijks gebruik van klasse 3-dermatocorticosteroïden tot 2 a 3 weken, bij langdurig gebruik luidt het advies om over te gaan op enkele dagen per week smeren, de pulse-therapie. Hierbij treden bijwerkingen zelden op.
- Tijdens de zwangerschap is gebruik van klasse 1- en klasse 2-dermatocorticosteroïden veilig. Ook het gebruik van potente (klasse 3) dermatocorticosteroïden < 300 gram per zwangerschap lijkt veilig te zijn. Er is een klein risico op een laag geboortegewicht bij maternaal gebruik van dermatocorticosteroïden van klasse 3 en 4 boven 300 gram per zwangerschap.[18-20]

Tabel 6 Lokaal behandelschema bij eczeem.

Ernst	Behandeling	Verbetering 1-2 weken	Geen verbetering 1-2 weken*
Mild eczeem (rood + oedeem)	Indifferent middel 1-2 dd en na het douchen	Continueer indifferent middel 1 dd en na het douchen	Vetter preparaat of stap over naar beleid bij matig eczeem
Matig eczeem (rood + oedeem + krabeffecten)	■ Indifferent middel 1-2 dd en na douchen ■ Klasse 1-dermato-corticosteroïd 1 dd	■ Continueer indifferent middel ■ Bouw dermato-corticosteroïd daarna verder af	■ Continueer indifferent middel ■ Klasse 2-dermato-corticosteroïd inzetten en ook dit weer afbouwen
Ernstig eczeem (rood + oedeem + duidelijk krabben)	■ Indifferent middel 1-2 dd en na douchen ■ Klasse 3**-dermato-corticosteroïd 1 dd	■ Continueer indifferent middel ■ Bouw dermato-corticosteroïd verder af. Ga eventueel terug naar behandelbeleid bij matig eczeem	Bij geen verbetering of als afbouwen klasse 3 dermatocorticosteroïd niet lukt, verwijzing naar de tweede lijn

*Indien geen verbetering optreedt dient altijd eerst aandacht te worden besteed aan de therapietrouw. Daarnaast dient gekeken te worden naar nadelige invloeden zoals overmatig, lang en heet douchen en zeepgebruik.

**Klasse 3-dermatocorticosteroïd niet in het gelaat of in lichaamsplooien aanbrengen.

Bron: NHG-Standaard Eczeem, 2014[7]

AANBRENGEN VAN DERMATOCORTICOSTEROÏDEN

Bij het gebruik van dermatocorticosteroïden kan het aanbieden van een afbouwschema erg welkom zijn en helpen om eventuele angst te verminderen. De uitleg 'bouw maar af als het goed gaat' is voor veel mensen een (te) vage omschrijving. Angst voor dermatocorticosteroïden komt voor bij 60 tot 73% procent van de CE-patiënten. Deze angst blijkt samen te hangen met de hoeveelheid informatie die patiënten van professionals krijgen.[21] Een gebrek aan informatie heeft een directe relatie met dermatocorticofobie. Met name inconsequente informatie over de te gebruiken hoeveelheid, de te behandelen gebieden en de duur van de behandeling veroorzaakt veel onrust.[22] Om deze reden is het belangrijk om een eenduidig beleid af te stemmen tussen artsen, assistentes en de apotheek zodat duidelijke informatie richting de patiënt gegeven kan worden.

Het advies om niet te lang te smeren en niet te dik te smeren, zoals nu vaak wordt gegeven, zijn geen praktische adviezen. Het geeft angst en geen duidelijkheid. De patiënt wil weten hoe het wel moet. De vingertopeenheid (VTE) is een instrument dat bedoeld is om duidelijkheid te geven over het smeren van de juiste hoeveelheid dermatocorticosteroïden per lichaamsdeel. Op deze manier smeert de patiënt niet te dik en nog belangrijker ook niet te dun. De VTE geeft de patiënt duidelijkheid over het smeren van de juiste hoeveelheid en kan daarmee eventuele angst wegnemen. De VTE gaat uit van de vingertop als maateenheid, waarbij figuur 6 een weergave geeft van een vingertopeenheid (bij kinderen wordt uitgegaan van een volwassen vinger). Hoewel de grootte van handen kan verschillen, blijkt dat deze hoeveelheid overeenkomt met 0,4 gram (vrouwen) tot 0,5 gram (mannen).[23] Deze hoeveelheid is voldoende voor het insmeren van beide zijden van een volwassen hand, overeenkomend met 300 cm^2.[24] In tabel 7 is het bijbehorende vingertopschema te vinden.

De maximaal te gebruiken hoeveelheid grammen per week voor de onderhoudsbehandeling zijn weergegeven in tabel 8. Indien grote lichaamsoppervlaktes zijn aangedaan, kunnen deze hoeveelheden in de eerste intensieve behandelweken overschreden worden, om zo het eczeem tot rust te krijgen. Verlaagde cortisolspiegels kunnen voorkomen tijdens een intensieve behandeling van twee weken met > 10 gram per dag dermatocorticosteroïden van klasse 3 en 4 bij patiënten met een exacerbatie. Echter, herstel treedt snel op na het afbouwen en uiteindelijk na het staken van de therapie.[17] Wat geruststellende informatie kan zijn voor de patiënt is dat zelfs een klasse 3 dermatocorticosteroïd in de onderhoudsfase tot 100 gram per week gesmeerd mag worden. Het zou een mooi streven kunnen zijn om te zorgen dat iedere patiënt met een recept voor dermatocorticosteroïden een begeleidende folder met het VTE-schema meekrijgt.

Figuur 6 De vingertopeenheid. Een vingertop is ± 0,5 gram.

Tabel 7 Aantal vingertopeenheden per leeftijd per lichaamsdeel.

Leeftijd	3-12 maanden	1-2 jaar	3-5 jaar	6-10 jaar	11-16 jaar	Volwassen
Gezicht/nek	1	1,5	1,5	2	2,5	2,5
Arm + hand	1	1,5	2	2,5	3	4
Been + voet	1,5	2	3	4,5	6	8
Romp voorkant	1	2	3	3,5	5	7
Romp achterkant	1,5	3	3,5	5	6	7
Hele lichaam	8,5	13,5	18	24,5	31,5	40,5

Bron: NVDV Leidraad dermatocorticosteroïden 2019[17]

Tabel 8 Maximaal gebruik van dermatocorticosteroïden in de onderhoudsfase voor kinderen en volwassenen (hoeveelheid in grammen per week, inclusief vehiculum).

Klasse	1	2	3	4
Kinderen < 2 jaar	30	30	Kortdurend	*
Kinderen ≥ 2 jaar	60	60	50	*
Volwassenen	Geen beperking	100	100	50

*Geen gegevens beschikbaar.

Er zijn geen data bekend over maximale hoeveelheden die gerelateerd zijn aan de verhouding lichaamsoppervlak/-gewicht bij kinderen, in het bijzonder bij zuigelingen.

Bron: NVDV Leidraad dermatocorticosteroïden 2019[17]

APPLICATIEFREQUENTIE VAN DERMATOCORTICOSTEROÏDEN

De applicatiefrequentie van dermatocorticosteroïden is in principe eenmaal per dag.[25-27] In de beginfase kan ervoor gekozen worden om de behandeling dagelijks toe te passen, terwijl in de onderhoudsfase de behandeling intermitterend wordt voortgezet, bij voorkeur gedurende enkele aaneengesloten dagen per week (eenmaal daags).[28-30] Er is geen meerwaarde aangetoond voor het tweemaal daags aanbrengen van corticosteroïde zalven/crèmes ten opzichte van eenmaal daags aanbrengen.[25-27] Bij behandeling van een forsere exacerbatie kan de arts beslissen tijdelijk tweemaal daags te adviseren. Er is geen wetenschappelijk bewijs voor een bepaald afbouwschema bij het gebruik van dermatocorticosteroïden. Desondanks is er een afbouwschema beschikbaar die als leidraad kan worden gebruikt, zie tabel 9. Deze leidraad is gebaseerd op het eenmaal daags gebruik van dermatocorticosteroïden.

Bij dit schema geldt elke avond vaselineparaffine zalf of koelzalf gebruiken, bij voorkeur direct na het douchen. Door te kiezen voor een vet indifferent middel volstaat veelal eenmaal daags smeren. De patiënt dient in de ochtend het dermatocorticosteroïd te smeren en volgens onderstaand schema af te bouwen. Na vier weken kan het gebruik van de dermatocorticosteroïd gestopt worden of worden voortgezet in een dosering van twee dagen per week/de weekendbehandeling. Het indifferente middel stopt niet. Indien patiënten voorkeur hebben om in de ochtend te douchen is dit om te draaien. Ze dienen in dit geval direct na het douchen de indifferente zalf aan te brengen. Aangezien het dermatocorticosteroïd niet op hetzelfde moment gesmeerd kan worden, zal dit dan verplaatsen naar de avond.

Tabel 9 Afbouwschema voor het stoppen met dermatocorticosteroïden op basis van eenmaal daags smeren.

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5 en verder
Zaterdag	c	c	c	c	Keuze: stop of continueer c
Zondag	c	c	c	c	Keuze: stop of continueer c
Maandag	c	c	c		
Dinsdag	c	c			
Woensdag	c				
Donderdag					
Vrijdag					

c: insmeren met dermatocorticosteroïd

INDICATIES VOOR VERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN

De huisarts verwijst de patiënt naar de dermatoloog:

- Bij een ondanks goede uitleg niet weg te nemen dermatocorticofobie.
- Wanneer de ouders van het kind het (hardnekkige) vermoeden hebben van een voedselallergie.
- Bij onvoldoende reactie op de behandeling, of wanneer het niet lukt om met dermatocorticosteroïden af te bouwen naar intermitterend gebruik (twee keer per week).
- Bij allergisch of irritatief contacteczeem (plakproeven zijn geïndiceerd).

Kinderen kunnen worden doorverwezen naar de kinderarts wanneer er ook sprake is van andere atopische aandoeningen. Indien een patiënt hinder ervaart bij het uitoefenen van zijn/haar beroep is het verstandig om de patiënt naar een bedrijfsarts te verwijzen voor preventieve maatregelen.

Bedrijfsartsen

Elke werknemer met eczeemklachten en een risicoberoep (nat werk) dient te worden geadviseerd om contact op te nemen met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts kan ervoor zorgen dat onderzoek naar huidbelastende factoren op de werkplek wordt verricht. In overleg met de werknemer en/of de specialist brengt de bedrijfsarts een advies uit over de verbetering van huidbelastende arbeidsomstandigheden, waardoor verzuim door huidproblemen wordt geminimaliseerd. Indien de bedrijfsarts verwijzing naar een dermatoloog voor aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk acht, verwijst de bedrijfsarts naar de dermatoloog.

SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

De huisarts en dermatoloog (of kinderarts) zorgen voor een goed gedocumenteerde verwijs- respectievelijk terugverwijsbrief, ontleend aan de richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen' (HASP).[31] De huisarts geeft de volgende informatie in de verwijsbrief bij verwijzing naar de dermatoloog:

- Huidige medicatie voor CE.
- Eerdere medicamenteuze behandeling voor CE: hoelang gebruikt, met welk effect, therapietrouw en eventuele bijwerkingen.
- Hinder en invloed op dagelijkse bezigheden/werk.
- Voorkomen van atopische aandoeningen (bij patiënt zelf en in de familie).
- Dermatologische voorgeschiedenis.
- Comorbiditeit.
- Intoleranties en allergieën.
- Actueel medicatieoverzicht.

De dermatoloog (of kinderarts) verwijst de patiënt terug indien de behandeling door de dermatoloog (of kinderarts) geen meerwaarde heeft boven behandeling door de huisarts. Als de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts vermeldt de dermatoloog (of kinderarts) in de terugverwijsbrief de volgende informatie:

- Het advies ten aanzien van lokale therapie: welk middel (zo nodig toegelicht), het gebruik en gedurende welke periode.
- Een eventueel stappenplan voor het afbouwen van medicatie en het beleid bij exacerbaties
- De indicaties voor terugverwijzen of overleg.

Bij de start van orale (systemische) therapie stelt de dermatoloog de huisarts hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte vanwege mogelijke bijwerkingen of interacties met andere medicatie.

BEHANDELMOGELIJKHEDEN TWEEDE LIJN

Therapeutische opties binnen de tweede lijn zijn talrijk en hebben zo hun eigen voor- en nadelen. Een aantal van deze behandelmogelijkheden zijn:

- Lokale calcineurineremmers (pimecrolimus en tacrolimus).
- Lichttherapie UVA en UVB, veelal tweemaal per week met een totale duur van drie maanden. Dit is vaak effectief maar kan tijdrovend zijn voor de patiënt.
- Indien lichttherapie niet helpt of wanneer na lichttherapie de klachten snel weer terugkomen, kan gekozen worden voor orale immunosuppressiva zoals ciclosporine A, azathioprine, methotrexaat en mycofenolzuur. De keuze wordt bepaald door persoonlijke kenmerken van de patiënt en het

bijwerkingenprofiel. Het klinische effect treedt veelal pas op na acht tot twaalf weken. Om deze periode te overbruggen kan overwogen worden om tijdelijk te behandelen met systemische steroïden. Alleen cyclosporine A geeft sneller resultaat, namelijk binnen enkele weken.

- Specifiek bij handeczeem kan gekozen worden voor systemische therapie met alitretinoïne of immunosuppressiva.
- Systemische steroïden hebben een snel klinisch effect, maar zijn ongeschikt voor langdurige behandeling. Daarnaast ontstaat na het staken hiervan vaak een rebound van eczeemklachten.
- Monoklonaal antilichaam dupilumab. Dit middel wordt toegediend middels een subcutane injectie eenmaal per twee weken. Patiënten komen hiervoor in aanmerking na het falen van lokale behandeling en na een periode van minimaal vier maanden behandeling met een of meerdere orale immunosuppressiva in adequate dosis.[32]

DUPILUMAB

Dermatologen kunnen sinds 1 januari 2018 dupilumab onder voorwaarden voorschrijven voor volwassen patiënten met ernstiger eczeem. Dupilumab is een zogenoemd monoklonaal antilichaam, dat heel specifiek de afweer remt (interleukine 4 en 13). Omdat dupilumab door de maag en darmen wordt afgebroken, moet het onderhuids geïnjecteerd worden. De eerste keer wordt dupilumab dubbel gedoseerd, vervolgens worden de injecties elke twee weken toegediend. Het medicijn geeft over het algemeen weinig bijwerkingen. Naast irritatie van de injectieplaats, is de meest gemelde bijwerking conjunctivitis, een ontsteking van het slijmvlies van het oog (1 op de 20 patiënten). Dit is in het merendeel van de gevallen goed behandelbaar.

Dupilumab is nu nog geregistreerd voor patiënten van 18 jaar en ouder, maar zal in de toekomst ook beschikbaar komen voor kinderen vanaf 12 jaar. Het middel is alleen beschikbaar voor patiënten met ernstig constitutioneel eczeem die falen op conventionele systemische therapie. Dupilumab is een kostbaar medicijn. De NVDV en de patiëntenvereniging VMCE (Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem) hebben enkele toezeggingen gedaan, om te zorgen dat dupilumab doelmatig wordt ingezet. Dupilumab wordt uitsluitend ingezet voor de behandeling van patiënten bij wie de conventionele immunosuppressie niet afdoende is (zoals eerder beschreven). De volgende drie voorwaarden zijn opgesteld om dupilumab te mogen voorschrijven:

1. Het ziekenhuis/dermatologisch centrum dient aantoonbare instructie en begeleiding aan CE-patiënten te kunnen geven door verpleegkundigen en/of doktersassistenten middels aparte spreekuren.
2. De dermatoloog heeft ervaring met het voorschrijven en monitoren van minstens twee van de volgende immunosuppressiva: ciclosporine A, azathioprine, methotrexaat, mycofenalaat mofetil (MMF)/mycofenolzuur (MPA).
3. De behandelend dermatoloog dient het effect van de behandeling te monitoren en de ernst van de ziekte vast te leggen in het dossier.

Een patiënt moet aan een aantal eisen voldoen om voor behandeling met dupilumab in aanmerking te komen. Het eczeem is niet voldoende onder controle ondanks optimale zalftherapie en een behandelperiode van minimaal vier maanden met een of meer orale immunosuppressiva (ciclosporine A, azathioprine, methotrexaat, mycofenolaat mofetil/mycofenolzuur) in een afdoende dosis, tenzij er contra-indicaties of bijwerkingen zijn bij deze middelen. Een landelijke toetsingscommissie van de NVDV ziet er vooralsnog op toe dat dupilumab conform deze voorwaarden wordt voorgeschreven. De toetsingscommissie bestaat uit vier dermatologen en een vertegenwoordiger van de VMCE. Naast het financiële aspect is het doel van die toezeggingen om te bewerkstelligen dat dupilumab doelmatig wordt ingezet en dat het resultaat van de behandelingen wordt vastgelegd.

CONCLUSIE

In een gemiddelde huisartsenpraktijk zijn ongeveer 130 patiënten met eczeem. Het aantal patiënten met moeilijk behandelbaar eczeem is klein, dit betekent dat de meeste eczeempatiënten in de eerste lijn kunnen worden behandeld met lokale therapie. Voor een succesvolle behandeling blijkt veel uitleg en een consistente uitleg door alle hulpverleners van groot belang voor de therapietrouw en angstreductie. Het is belangrijk dat de huisarts en apotheker een eenduidig beleid afstemmen. Daarnaast is het van groot belang dat ook de apothekersassistentes en doktersassistentes aan de balie scholing krijgen in smeeradviezen, aangezien zij degenen zijn die aan de balie het gesprek voeren met patiënten. Het kan voorkomen dat er nog een kleine restonzekerheid heerst bij de patiënt over de toepassing van dermatocorticosteroïden en zij daarover de laagdrempelig toegankelijke assistente om advies vragen. Het is belangrijk dat de assistentes hetzelfde verhaal vertellen en de juiste smeeradviezen aan de patiënt geven. Bij de uitleg is het van belang dat de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- Douchen: 5 tot 10 minuten, niet te heet, geen/weinig zeep, nadien altijd een indifferente zalf of crème gebruiken waarbij de voorkeur van de patiënt sterk meeweegt in de keuze. Indien niet wordt gedoucht dan toch minimaal eenmaal daags een indifferent middel.
- Corticosteroïd zalven en crèmes. Neem de tijd om corticofobie (bij 60 tot 73% van de patiënten) te bespreken. Bij een goede uitleg is angst vaak weg te nemen. Leg uit dat er meerdere klassen bestaan en dat klasse 1- en klasse 2-zalven zelden tot nooit voor bijwerkingen of problemen zorgen. Ook de hogere klassen leiden zelden tot problemen als de patiënt zich houdt aan de smeerschema's en vingertopeenheden.
- Geef een afbouwschema mee en leg dit uit.
- Geef de vingertopeenheid-tabel mee en leg dit uit.
- De keuze voor het dermatocorticosteroïd wordt bepaald door eerdere ervaringen en de ernst van het eczeem.

Wanneer therapie faalt is het van belang dat er eerst gekeken wordt naar therapietrouw en dermatocorticofobie. Als hier twijfel over bestaat dienen bovenstaande stappen herhaald te worden. Indicaties voor verwijzing naar de tweede lijn:

- Geen verbetering ondanks dat de therapie juist wordt uitgevoerd.
- Geen verbetering ondanks dat een hogere klasse dermatocorticosteroïd wordt gebruikt.

- Het eczeem is niet onder controle te krijgen.
- Het lukt niet de dermatocorticosteroïd af te bouwen naar intermitterend gebruik.

Bij de tweedelijnsbehandeling kan in eerste instantie gedacht worden aan lichttherapie. Mocht ook dit niet baten dan kan het een optie zijn om te starten met orale systemische therapie. Hierbij kan een keuze worden gemaakt uit vier middelen, afhankelijk van patiëntkenmerken en ervaring van de dermatoloog. Mocht ook deze behandeling binnen vier maanden niet leiden tot een bevredigend resultaat dan bestaat de mogelijkheid om te behandelen met dupilumab. Dit is een behandeling bestaande uit tweewekelijkse injecties met een monoklonaal antilichaam.

De patiëntenvereniging voor mensen met constitutioneel eczeem is een actieve vereniging. Naast een goede website met informatie organiseert de vereniging regelmatig contactdagen voor lotgenoten. Ook zijn afgevaardigden betrokken bij het maken van richtlijnen en informatiebrochures. Attendeer de patiënt op deze vereniging.

STELLINGEN VOOR UW FTO

1. De eerste klap is een daalder waard. Er moet vaker gekozen worden voor een klasse 3-dermatocorticosteroïd in plaats van een klasse 1- en/of klasse 2-dermatocorticosteroïd, met name bij handeczeem.
2. Wanneer een patiënt aangeeft dat de voorgeschreven hormoonzalf niet helpt, is zelden een sterkere hormoonzalf nodig. Eerst dient in de juiste dikte gesmeerd te worden.
3. Het advies handen wassen na gebruik mag nooit meer gegeven worden en al helemaal niet bij handeczeem.
4. De uitleg ‘dun smeren’ mag niet meer gegeven worden.

CASUÏSTIEK – VRAGEN

CASUS 1 – BABY MET ECZEEM NA DE GEBOORTE

De ouders van baby Annabel komen met hun dochter op uw spreekuur. Annabel is nu vijf maanden oud en doorverwezen door het consultatiebureau. Al vrij snel na de geboorte kreeg Annabel last van een rode schilferende huid en jeuk. Met name na het badje is de huid nog roder en als ze bloot ligt begint ze direct overal te krabben. Haar ouders willen in ieder geval geen hormoonzalf en vragen wat ze nu het beste kunnen doen. Voor de duidelijkheid laten ze u op hun telefoon nog een foto zien van Annabel na haar badje, zie figuur 7. In het badje gebruiken ze een babyolie, wat de ouders ook weer eng vinden want Annabel wordt er spekglad van waardoor haar ouders bang zijn om haar te laten vallen. Ze proberen haar dagelijks in te smeren met een babyzalf en cetomacrogolcrème die ze eerder een keer van u kregen. Deze cetomacrogolcrème vinden ze niet zo prettig in het gebruik, hij smeert wat stug.

Figuur 7 Baby Annabel na haar badje.

1. *Wat wilt u verder nog weten?*

De ouders blijken een dermatocorticofobie te hebben ontwikkeld door verhalen van het internet en van bekenden en door een gebrekkige uitleg van diverse hulpverleners. Annabel gaat een half uur in bad en wordt ingezeept. Nadien wordt ze niet ingesmeerd met een neutrale vette zalf. Wel wordt er overdag gesmeerd met zinkzalf, de cetomacrogolcrème gebruiken ze niet. U beoordeelt het eczeem middels de TIS-score met als uitslag > 6, ernstig eczeem.

2. *Wat is uw volgende stap?*

U ziet Annabel met haar ouders na twee weken weer terug op uw spreekuur. Ze zijn erg enthousiast, het eczeem is heel rustig geworden (eczeem grotendeels weg, kleine restlaesies). U beoordeelt het eczeem nogmaals middels de TIS-score, dit keer met een uitslag van < 3, mild eczeem. Ze krabt niet meer en slaapt 's nachts door. Het hele gezin is ervan opgeknapt. De ouders zijn bezig met een afbouwschema en bevinden zich nu in week drie. Dit betekent drie ochtenden smeren met een dermatocorticosteroïd en elke avond smeren met vaselineparaffine. De vaselineparaffine bevalt goed, het smeert prettig en hiermee blijft de huid 24 uur lang vettig waardoor het niet schilfert. U informeert bij de ouders of ze nog de behoefte hebben om een andere neutrale vette zalf te proberen, daaraan hebben ze op dit moment geen behoefte. Ze vragen zich wel af of ze de hormooncrème mogen stoppen nu het zo goed gaat. Ze hebben de tubes meegenomen en u ziet dat beide tubes hormooncrème bijna op zijn. De ouders hebben in de juiste dikte gesmeerd.

3. *Wat wordt uw uitleg aan de ouders?*

CASUS II – 43-JARIGE VROUW MET FORS ECZEEM

Mevrouw Abels is 43 jaar en bezoekt sinds lange tijd weer uw spreekuur. Ze komt in verband met rugklachten en wil graag uw advies. U gaat in op haar rugklachten en geeft hiervoor advies. U raakt echter wat afgeleid door het toch wel forse eczeem op haar handen. U vraagt of ze behoudens de rugklachten het misschien ook nog over haar eczeem wil hebben. U benoemt dat het eczeem u opvalt en dat dit toch veel jeukklachten zal geven. Dat beaamt ze, maar ze is eraan gewend. Het eczeem blijkt niet alleen op haar handen te zitten maar ook bij haar ellebogen, knieën en romp.
Bij navraag wat ze nu smeert raakt ze geïrriteerd. Ze smeert wel neutrale vette zalf voor het slapen gaan, maar overdag smeert ze weinig. Alles plakt als ze heeft gesmeerd en bij haar werk als secretaresse kan ze met plakkerige handen het toetsenbord amper bedienen. Hormoonzalven, teerzalven, lichttherapie, ze heeft alles al geprobeerd. Via een academisch ziekenhuis heeft ze in het verleden al verschillende tabletten geprobeerd. Het hielp allemaal niet en ze wil het er eigenlijk ook niet meer over hebben. Het maakt haar moedeloos. Het laatste bezoek aan de dermatoloog was misschien wel tien jaar geleden. Zo af en toe smeert ze een week lang mometason als het echt hevig wordt.

1. *Wat is uw volgende stap?*

Na vier weken komt mevrouw Abels terug op uw spreekuur. De rugklachten zijn vrijwel over en ze bedankt u voor de adviezen. Ze komt eigenlijk omdat uw uitleg over dupilumab haar aan het denken heeft gezet. Ze heeft haar partner er thuis over verteld. Die gaf aan dat ze 's nachts alleen maar ligt te krabben in bed, dat ze altijd moe is en dat ze deze behandelmogelijkheid toch eens verder zou moet onderzoeken. Kortom, ze wil naar de dermatoloog en hoopt dat die haar deze medicatie wil geven.

2. *Wat is nu uw beleid?*

Patiënte komt na vier maanden toevallig op uw spreekuur voor haar dochtertje. Ze vermeldt dat ze blij is dat u destijds over haar eczeem begonnen bent. De dupilumab is inderdaad gestart en binnen enkele weken is het aanzienlijk verbeterd. Ze heeft geen slaapproblemen meer ten gevolge van de jeuk. De behandeling met dupilumab wordt voortgezet bij de dermatoloog.

CASUS III – 45-JARIGE ONDERNEMER MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM

Meneer Paus is 45 jaar en komt op uw spreekuur. Hij is bekend met eczeem en heeft nu veel last van jeuk. Hij slaapt er slecht van, ligt veel te krabben en zelfs de mometason helpt nu niet meer. Hij heeft last van eczeem in zijn knieholtes, zie figuur 8. Daarnaast heeft hij eczeem op zijn armen en zijn romp, gelukkig valt zijn gezicht nog mee. Is het wel eczeem? Waarom helpt het toch allemaal niet? Meneer Paus wil nú doorverwezen worden voor lichttherapie. Hij is zelfstandig ondernemer en wil zo snel mogelijk van zijn klachten af. De irritatie is zichtbaar.

Figuur 8 Eczeem in de knieholtes.

1. *Wat is uw volgende stap?*

U bent te weten gekomen dat meneer Paus sinds drie maanden dagelijks mometason smeert. Met een tube van 30 gram doet hij twee maanden. Hij gebruikt geen indifferente crème of zalf. Hij doucht dagelijks zo'n 30 minuten, heet en met zeep. Driemaal per week doucht hij twee keer per dag.

2. *Wat wordt uw advies en hoe legt u dit uit aan meneer Paus?*

U begint met een uitleg over de voor- en nadelen van lichttherapie. Daarna vertelt u hem over uw beleid. Uw beleid bestaat ten eerste uit een volledige uitleg over eczeem en de verstoorde barrièrefunctie. Vervolgens geeft u hem douche-advies: geen zeep, maximaal 5 tot 10 minuten douchen, niet zo heet en nadien een vette zalf gebruiken. Tot slot legt u het gebruik van hormooncrème uit, het smeren in de juiste dikte en volgens het afbouwschema. Meneer is al snel overtuigd en wil graag starten met smeren om te zien of dit gaat helpen. Mocht dat niet zo zijn dan heeft u een vervolgafspraak over twee weken.

3. *Welke recepten schrijft u voor?*

Na twee weken komt meneer Paus weer op uw spreekuur. Hij is blij verrast, het eczeem is veel rustiger met een mildere hormooncrème. De tubes zijn bijna op. U schrijft herhaalrecepten uit en benadrukt nogmaals dat hij het smeerschema moet afmaken. Gezien de forsheid van zijn eczeem raadt u hem aan door te gaan met tweemaal per week de hormooncrème te smeren en daarnaast natuurlijk dagelijks de indifferente zalf. Zijn voorkeur gaat uit naar de koelzalf. Voorlopig heeft hij geen behoefte meer aan lichttherapie.

LITERATUUROPGAVE

1. Pols DHJ, Nielen Mark MJ, Korevaar JC, et al. Reliably estimating prevalences of atopic children: an epidemiological study in an extensive and representative primary care database. NPJ Prim Care Respir Med 2017;27.
2. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet 2006;368:733-743.
3. NIVEL. Incidenties en prevalenties. https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/incidenties-en-prevalenties. Geraadpleegd maart 2019.
4. Linna O, Kokkonen J, Lathela P, et al. Ten-year prognosis for generalized infantile eczema. Acta Paediatr 1992;81:1013-1016.
5. Schultz Larsen FV, Holm NV. Atopic dermatitis in a population based twin series. Concordance rates and heritability estimation. Acta Derm Venereol Suppl 1985;114:159.
6. Callen J, Chamlin S, Eichenfield LF, et al. A systematic review of the safety of topical therapies for atopic dermatitis. Br J Dermatol 2007;156:203-21.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Eczeem. 2014. Geraadpleegd maart 2019
8. Commissie Farmaceutische Hulp. Farmacotherapeutisch kompas. College voor Zorgverzekeringen, 2012. Geraadpleegd maart 2019.
9. Cookson WO, Moffatt MF. The genetics of atopic dermatitis. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2002;2:383-7.
10. Williams HC. On the definition and epidemiology of atopic dermatitis. Dermatol Clin 1995;13:649-657.
11. Feinberg J. The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoidarthritis. Pat Educ Couns 1988;11:171-87.
12. Eraker SA, Kirscht JP, Becker MH. Understanding and improving compliance. Ann Intern Med 1984;100:258-68.
13. Eisen SA, Miller DK, Woodward RS, et al. The effect of prescribed daily dose frequency on patient medicationcompliance. Arch Intern Med 1990;150:1881-4.
14. Roth HP, Caron HS. Accuracy of doctors‘ statements on adherence to a drug regimen. Clin Pharmacol Ther 1978;23:361-70.
15. European Medicines Agency. Protopic: EPAR - summary for the public (2013). https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/protopic. Geraadpleegd april 2019.

16. KNMP. Informatorium Medicamentorum 2013. Geraadpleegd maart 2019.
17. NVDV. Leidraad Dermatocorticosteroïden 2019. http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/09/190612_Leidraad-Dermatocorticostero%C3%AFden-2019-na-autorisatie-.pdf. Geraadpleegd april 2019.
18. Lareb. Teratologie Informatie Service. 2013. https://www.lareb.nl/#TOC_Literatuur. Geraadpleegd maart 2019.
19. Chi CC, et al. Evidence-based (S3) guideline on topical corticosteroïds in pregnancy. Br J Dermatol 2011;165:943-52.
20. Chi CC, et al. Pregnancy outcomes after maternal exposure to topical corticosteroïds-a UK population-based cohort study. JAMA Dermatol 2013;149:1274-80.
21. Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. Br J Dermatol 2011;165:808-14.
22. Stewart S, Pasmans S, De Bruin-Weller M. Dermatocorticosteroïden bij constitutioneel eczeem. Huisarts en Wetenschap 2013.
23. Finlay AY, Edwards PH, Harding KG. "Fingertip unit" in dermatology. Lancet 1989;8655:155.
24. Long CC, Finlay AY. The rule of hand: 4 hand areas=2 FTU=1g. Arch Dermatol 1992;128:1129-30.
25. Green C, Colquitt JL, Kirby J, et al. Topical corticosteroids for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. Br J Dermatol 2005;152:130-41.
26. Hoare C, Li Wan PA, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. Health Technol Assess 2000;4:1-191
27. Lagos BR, Maibach HI. Frequency of application of topical corticosteroids: an overview. Br J Dermatol 1998;139:763-6.
28. Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. Br Med J 2003;326:1367.
29. Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. Br J Dermatol 2002;147:528-37.
30. Schmitt J, Kobyletzki von L, Svensson A, et al. Efficacy and tolerability of proactive treatment with topical corticosteroids and calcineurin inhibitors for atopic eczema: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Br J Dermatol 2011;164(2):415-28.
31. NHG. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch-specialist (HASP). Federatie Medisch Specialisten. 2017.
32. Schuttelaar ML, De Bruin-Weller MS, Oosting B, et al. Introductie van dupilumab voor ernstig constitutioneel eczeem (CE). Standpunt Nederlandse Vereniging voor dermatologie en venereologie. 2018.

CASUÏSTIEK – ANTWOORDEN

CASUS 1 – BABY MET ECZEEM NA DE GEBOORTE

1. *Wat wilt u verder nog weten?*

U neemt een uitgebreide anamnese af. Dit levert u de volgende informatie op. De klachten begonnen enkele weken na de geboorte. De familie is bekend met astma en eczeem aan moeders kant. Annabel slaapt slecht, ze heeft veel jeuk, is 's nachts onrustig en hierdoor hebben beide ouders weinig nachtrust. Tot op heden hebben zij alleen gesmeerd met neutrale zalven. Ze hadden eerder een tube hydrocortison voorgeschreven gekregen van uw collega. Ze twijfelden of ze deze wilden gebruiken, goede vrienden hadden hun verteld dat hormonen gevaarlijk kunnen zijn. Toen ze de hydrocortison ophaalden bij de apotheek had de assistente aangegeven dat ze er dun mee moesten smeren en ze na gebruik goed hun handen moesten wassen. Ook vertelde de assistente om bij voorkeur snel te stoppen en niet langer dan twee weken te smeren, want het zou om een sterke zalf gaan. Dit had de al aanwezige angst nog verder aangewakkerd. De ouders hebben de tube nooit gebruikt.

Daarnaast gaat Annabel een keer per week in het badje, vóór het badje wordt ze lekker ingezeept en daarna mag ze zo lang in bad spelen als ze wil. Dit is meestal een half uur. Na het badje wordt er niet gesmeerd want er zit immers al olie in het badje. Na haar ochtend- en middagslaapje smeren haar ouders met zinkzalf. De cetomacrogolcrème vinden ze te stug smeren.

2. *Wat is uw volgende stap?*

U heeft besloten om de tijd te nemen voor een goede en duidelijke uitleg aan beide ouders. Hier heeft u ongeveer 20 minuten voor nodig. U hecht veel waarde aan een goede uitleg en legt dit ook uit aan de ouders. Deze uitleg zou als volgt kunnen verlopen:

- *Eczeem is voor een deel erfelijk/constitutioneel en voor een deel van andere invloeden afhankelijk*. Het komt bijvoorbeeld in uw familie voor. Daarnaast is de invloed van water en zeep van belang. De erfelijke aandoening kan ik niet wegnemen, maar ik kan u wel uitleggen hoe u het kunt behandelen.
- *De barrièrefunctie van de huid is bij eczeem niet intact.* Als u Annabel lang in bad laat en inzeept vermindert u de barrièrefunctie van de huid, daarom heeft ze nadien meer klachten. U zou eventueel de babyolie niet in het badje kunnen stoppen. Daarvoor in de plaats smeert u direct na het badje met vaselineparaffine. Dit is lekker vet en smeert heel makkelijk uit. De zinkzalf droogt de huid verder uit

dus die graag stoppen. U zou haar eventueel vaker kunnen laten badderen maar dan maximaal 5 tot 10 minuten, geen zeep gebruiken en nadien altijd smeren met vaselineparaffine.

- *Uw angst voor de hormooncrème.* Dat hebben meer mensen helaas, mag ik u wat uitleg geven over de hormooncrème? Misschien kan informatie uw angst wegnemen en anders zoeken we naar een andere oplossing. Behalve de gestoorde barrière van de huid is de huid ook rood en ontstoken en we hebben een werkzame zalf nodig om dit rustig te krijgen. We kunnen kiezen voor een hormooncrème, deze crème bevat een hormoon dat de ontstekingsreacties weer tot rust brengt.
- *Hormooncrème heeft de naam een dunne huid te geven.* Dat is alleen het geval wanneer u een zware hormooncrème gebruikt, deze dagelijks gebruikt, én deze weken tot maanden achter elkaar gebruikt. Een hormooncrème bestaat in vier klassen. Klasse 1 en klasse 2 zijn heel mild en geven zelfs bij dagelijks gebruik zelden tot nooit een dunne huid. Klasse 3 en 4 zijn sterker, maar geven bij juist gebruik ook geen dunne huid. Vroeger werd er geen uitleg gegeven over hoe te smeren. Patiënten smeerden wanneer ze klachten hadden, soms elke dag en dat jarenlang. Dat kon op te lange termijn soms een dunne huid veroorzaken. Gelukkig weten we tegenwoordig hoe dik er gesmeerd moet worden en hoe lang. Als u zich aan deze schema's houdt voorzie ik geen klachten. Annabel heeft een fors eczeem en zou in aanmerking komen voor een klasse 2 hormooncrème, dat is dus een zwakkere crème passend bij haar leeftijd.
- *Dan het smeren volgens schema.* U smeert elke avond vaselineparaffine en de komende week smeert u vijf ochtenden triamcinoloncrème op het eczeem. De overige twee ochtenden hoeft u niet te smeren, we beginnen direct met het afbouwen van de hormooncrème. De week erna smeert u nog vier ochtenden, elke week een dag minder. Dit is een afbouwschema.
- *De dikte van smeren.* De veel gehoorde opmerking 'dun smeren' geeft veel onzekerheid. Elke ouder is bang dat hij/zij te dik smeert met als gevolg dat bijna iedereen nu te dun smeert, dat is jammer. Gebruik bij het smeren van de hormooncrème altijd het vingertopschema. Annabel is vijf maanden oud en in het schema ziet u precies hoeveel vingertoppen u mag smeren per lichaamsdeel bij deze leeftijd. Per week komt u uit op een tube crème van 30 gram die u mag gebruiken. Als u dit schema aanhoudt kunt u het niet verkeerd doen, u smeert niet te dik maar, misschien nog wel belangrijker, ook niet te dun.

Vader wil nog weten of er een alternatief is. Dat is er. Een van de mogelijkheden is teerzalf, dit wordt echter niet meer aangeraden omdat het mogelijk niet zo effectief is en de veiligheid ervan ter discussie staat. Daarnaast bestaan de wat nieuwere zalven, de zogenaamde calcineurineremmers. Deze zijn niet effectiever dan hormoonzalven en de effecten op lange termijn zijn nog onbekend. Bij hormoonzalven is dit wel bekend omdat ze al sinds de jaren 50 in gebruik zijn. Dat maakt hormoonzalven het meest veilig in gebruik. Na deze uitleg zijn de ouders, ook vader, ervan overtuigd dat ze het aandurven om volgens schema te gaan smeren met de hormooncrème. Ze zijn erg blij met de uitleg die veel onzekerheid heeft weggenomen. U schrijft de volgende recepten voor:

- R/ 100 gram vaselineparaffine eenmaal daags in de avond over het hele lichaam, in ieder geval direct na elk badje

- R/ 60 gram triamcinoloncrème in de ochtend op alle aangedane lichaamsdelen, volgens afbouwschema en vingertophoeveelheden

Er wordt een vervolgafspraak gemaakt na twee weken. U vraagt of ze de tubes mee willen nemen bij hun volgende bezoek.

---

3. *Wat wordt uw uitleg aan de ouders?*

U gaat altijd door met de vaselineparaffine, ook als het goed gaat. Dit voorkomt veel nieuwe uitbraken van eczeem. U mag de vaselineparaffine net zo vaak smeren als u wilt maar in ieder geval eenmaal daags en altijd na ieder badje. De hormooncrème kan beter langzaam afgebouwd worden om een terugval van eczeem te voorkomen, vandaar het afbouwschema. Maak dit schema daarom af ook al gaat het goed met de huid. U kunt aan het einde van het schema misschien helemaal stoppen met de hormooncrème. Gezien de eerdere forsheid van het eczeem bij Annabel kan het nodig zijn om twee dagen per week te blijven smeren. Dit kan zonder enig probleem en wordt de onderhoudsbehandeling genoemd. Tweemaal per week smeert u de dan eventueel aanwezige plekjes in.

Mocht het eczeem in de toekomst om wat voor reden dan ook plots weer heftig uitbreken dan pakt u het schema er weer bij en begint u van voor af aan. Mocht het u niet lukken om binnen twee weken het eczeem onder controle te krijgen dan zie ik u graag weer terug op mijn spreekuur. Langdurig dagelijks gebruik van de hormooncrème willen we immers graag voorkomen.

CASUS II – 43-JARIGE VROUW MET FORS ECZEEM

1. *Wat is uw volgende stap?*

U legt uit dat ze een fors eczeem heeft waar ze misschien aan gewend is geraakt. Niettemin zal het veel hinder geven in het dagelijks leven, zoals ze zelf ook al beaamt. U stelt voor of het niet een idee is om toch nog eens naar de dermatoloog te gaan. Er is namelijk een nieuw middel voor eczeem beschikbaar: dupilumab. Dit zou mogelijk heel geschikt voor haar kunnen zijn. Dit middel wordt tweewekelijks middels injecties in de huid toegediend en laat veelbelovende resultaten zien. Het staat haar natuurlijk vrij om hier eerst eens over na te denken, ze kan hier altijd op terugkomen als ze dat zou willen. Ze heeft hier nu geen tijd voor en wil met haar rug aan de gang.

---

2. *Wat is nu uw beleid?*

U legt uit dat om voor dupilumab in aanmerking te komen zij zalftherapie geprobeerd moet hebben en gedurende vier maanden behandeling met orale immunosuppressiva. Dit alles zonder bevredigend resultaat. Aangezien ze dit allemaal geprobeerd heeft sluit u zeker niet uit dat ze een kandidate zou kunnen zijn voor dupilumab. Het zou daarom zinvol kunnen zijn om inderdaad naar de dermatoloog te gaan om dit te bespreken. U schrijft een verwijsbrief voor de afdeling dermatologie in een ziekenhuis waar dupilumab wordt gegeven.

CASUS III – 45-JARIGE ONDERNEMER MET CONSTITUTIONEEL ECZEEM

1. *Wat is uw volgende stap?*

U wilt meer weten en al vragend blijkt het volgende. Hij heeft verschillende zalven in huis, zowel triamcinolon als mometason. Hij gebruikt alleen nog mometason omdat dit het enige is dat nog een beetje helpt. Hij weet dat het een dunne huid kan geven dus smeert hij het zo dun mogelijk. Hij doet twee maanden met een tube van 30 gram. Hij smeert dit sinds drie maanden dagelijks. Hij kan er niet mee stoppen want anders wordt hij gek van de jeuk. Een vette zalf smeert hij niet, want dit plakt en zijn nette kleren kan hij dan wel weggooien. Hij doucht elke ochtend, en smeert nadien dus ook geen vette zalf. Hij doet zo'n 2 tot 3 keer per week 's avonds aan fitness waarna hij nogmaals gaat douchen. Hij vindt het prettig om te douchen, hij heeft dan tijdelijk even geen jeuk. Om deze reden doucht hij graag lang, vaak tot 30 minuten met zeep en het liefst met heet water. Na het douchen heeft hij veel jeuk.

---

2. *Wat wordt uw advies en hoe legt u dit uit aan meneer Paus?*

U benoemt dat hij waarschijnlijk zo snel mogelijk van de jeuk af wil. Dat kan inderdaad met lichttherapie zoals hij voorstelt, maar dit gaat niet heel snel en kost tijd. Lichttherapie vindt meestal 2 tot 3 keer per week plaats en duurt in totaal drie maanden. Het effect laat meestal enkele weken op zich wachten en het is dus nogal een tijdsinvestering. U wilt meneer Paus graag uitleggen hoe hormoonzalven gebruikt moeten worden. Als u hoort hoe hij nu smeert is daar namelijk nog veel verbetering mogelijk. Bij juist gebruik van zalven zou hij binnen een week een aanzienlijke verbetering kunnen bereiken, mogelijk zelfs jeukvrij kunnen zijn. Zo niet, dan kan altijd nog lichttherapie gestart worden. Meneer Paus staat open voor uitleg. U legt uit:

- Douchen maximaal eenmaal daags, zonder zeep, niet zo heet en niet langer dan 5 tot 10 minuten. Gebruik na het douchen altijd een vette zalf. Dit betekent in zijn geval dat hij beter 's avonds kan gaan douchen en nadien een oude pyjama aan kan doen om vetvlekken in zijn goede kleding te voorkomen. U vertelt waarom dit doucheadvies en smeren zo belangrijk is. U schrijft vaselineparaffine voor en koelzalf. Hij mag beide uitproberen om te zien wat hem het beste bevalt.
- De hormooncrème mag hij niet gelijk met de vette zalf smeren. Vandaar het advies om dit in de ochtend te smeren. Omdat hij veelal nette kleding draagt denkt u met hem mee en schrijft mometasoncrème voor. Dit is minder vet dan de zalf en een kwartier na smeren is het meestal mogelijk om kleding aan te doen zonder dat dit vlekken van de crème oplevert. U geeft uitleg over het afbouwschema, begin met 5 ochtenden, dan 4 ochtenden en zo verder. De dikte is aangegeven in vingertopeenheden en bij het insmeren van vrijwel het gehele lichaam ziet hij dat hij een tube van 30 gram per dag mag smeren. Dit is in het begin waarschijnlijk erg wennen voor meneer aangezien hij voorheen twee maanden deed met een tube. Dit is gelijk ook het antwoord op de vraag waarom het niet hielp. Meneer smeerde veel te dun. Hij is erg blij dat hij nu eindelijk een keer een duidelijk smeerschema heeft en weet hoe dik hij het mag smeren. Hij was altijd bang om te dik te smeren en is blij met deze duidelijkheid. Hij ziet af van lichttherapie en gaat het smeerschema proberen. U maakt een vervolgafspraak voor over twee weken.

3. *Welke recepten verstrekt u?*

- R/ Vaselineparaffine 100 gram na het douchen het hele lichaam insmeren (of koelzalf).
- R/ Koelzalf 100 gram na het douchen hele lichaam insmeren (of vaselineparaffine).
- R/ Mometasoncrème voor twee weken, 300 gram volgens afbouwschema en vingertopeenheid.

PUBLICATIELIJST

ACTUELE UITGAVEN

- Acne en acneïforme dermatosen
- ADHD bij kinderen
- Allergische rinitis
- Angina pectoris
- Angststoornissen
- Anticonceptie
- Artrose en pijn
- Astma bij kinderen
- Astma bij volwassenen
- Atriumfibrilleren en antistolling
- Axiale spondyloartritis
- Bijwerkingen in de praktijk
- Chronische darmontstekingen
- Chronische obstipatie en prikkelbaredarmsyndroom
- Constitutioneel eczeem
- COPD
- COPD – ABCD-indeling GOLD-richtlijn
- Depressie
- DM2 bij oudere patiënten
- DM2, dagelijkse praktijk van insulinetherapie
- DM2, glucoseregulatie en CVRM
- DM2, subcutane therapie
- Droge ogen
- Erectiestoornissen
- Ernstig astma
- Generieke substitutie van inhalatiemedicatie voor astma en COPD
- Handeczeem
- Hepatitis
- Herseninfarct – TIA
- HPV-gerelateerde aandoeningen
- Hypertensie
- Hypertensie bij ouderen
- Inhalatietherapie: in dialoog met uw patiënt
- Laaggeletterdheid
- Laboratoriumdiagnostiek bij allergie
- Labwaarden in de praktijk
- Longgeluiden
- Mictieklachten bij mannen
- Obesitas
- Osteoporose
- Pijn bij kanker
- Pijnlijke diabetische polyneuropathie
- Polyfarmacie
- Probiotica bij acute diarree
- Psoriasis en artritis psoriatica
- Reizigersgeneeskunde
- Reumatoïde artritis
- Rosacea
- Soa
- Tabaksverslaving
- Therapietrouw
- Tromboserisico en antistolling
- Urineweginfecties
- Vroege diagnostiek van melanoom
- Ziekte van Lyme

VERWACHTE UITGAVEN

- ADHD
- Antistolling: implementatie van richtlijnen
- DM2, glucoseregulatie en CVRM (actualisatie)
- DM, subcutane therapie (actualisatie)
- Hypercholesterolemie
- Migraine
- Pijn bij kanker (actualisatie)

OVER FTO-ONLINE

FTO-Online® is een complete en actuele informatiebron voor de voorbereiding van uw FTO gericht op de eerste lijn. De informatie op FTO-Online wordt voortdurend geactualiseerd, waardoor het een goed overzicht geeft van de laatste stand van zaken. Ruim 9.000 abonnees en een meerderheid van de FTO-groepen in Nederland maken gebruik van FTO-Online bij de voorbereidingen van een FTO.

Huisartsen, apothekers en andere medisch professionals kunnen zich via www.fto.nl kosteloos aanmelden. Abonnees krijgen toegang tot alle informatie op de website en ontvangen de e-nieuwsbrief. Hiernaast worden als extra service voor de voorbereiding van het FTO en voor educatieve doeleinden werkboeken en usb-sticks met PowerPoint-presentaties uitgegeven.

FTO-Online is een product van Medix Publishers BV.

Medix Publishers BV • Laarderhoogtweg 25 • 1101 EB Amsterdam
www.medixpublishers.nl • info@fto.nl