

Seborroïsch eczeem

IA Arnold, JAH Eekhof, A Knuistingh Neven

Inleiding

Seborroïsch eczeem komt regelmatig voor. Het is een chronische, recidiverende huidaandoening die gekenmerkt wordt door erytheem met vette, gele korsten. Een huisarts ziet jaarlijks ongeveer 6 tot 8 patiënten met seborroïsch eczeem of roos (ICPC S86 seborroïsch eczeem/roos).^{1,2} Amerikaanse cijfers noemen een prevalentie van 3% in de open bevolking.³ De incidentie heeft twee pieken: de eerste in de eerste 3 levensmaanden, en de tweede tussen de 18 en 40 jaar. Waarschijnlijk bezoeken veel mensen de huisarts niet voor hun klachten en behandelen zij zichzelf met vrij verkrijgbare middelen tegen jeuk en roos.

De huisarts schrijft medicatie voor bij 86% van de patiënten die hem met deze aandoening bezoeken; aan ongeveer 16% geeft hij adviezen en hij verwijst 7% naar een specialist.¹

Achtergrond

Definitie

Seborroïsch eczeem is een chronische, recidiverende huidaandoening die gekenmerkt wordt door erytheem met vette, gele korsten op plaatsen waar zich actieve talgklieren bevinden. Naast de hoofdhuid zijn de voorkeursplaatsen: de nasolabiale plooien, andere lichaamspleoien, de baardstreek, de wenkbrauwen, de wimpers, de gehoorschelpen en -gangen, retroauriculair, presteraal en interscapulair.

Bij kinderen treedt het in de eerste levensweken op en verdwijnt weer voor het zesde levensjaar. De incidentie neemt – met de toename van de talgproductie – pas weer toe na de puberteit. Seborroïsch eczeem op het hoofd bij kinderen wordt ook wel ‘berg’ genoemd. Uit longitudinaal onderzoek bij kinderen blijkt dat de prognose gunstig is: 85% van de kinderen met seborroïsch eczeem op jonge leeftijd had na 10 jaar geen huidafwijkingen meer.⁴

Pityriasis capitis of hoofdroos is een minder ernstige vorm van seborroïsch eczeem waarbij alleen schilfering optreedt en geen erytheem.

Etiologie

Seborroïsch eczeem is niet simpel een gevolg van een abnormaal

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. I.A. Arnold, dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.
Correspondentie: J.A.H.Eekhof@lumc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

hoge talgproductie (seborroe). Mensen met seborroe hebben niet vaker last van seborroïsch eczeem. Wel komt seborroïsch eczeem vaker voor bij mannen dan bij vrouwen – mannen hebben een hogere talgproductie onder invloed van mannelijke geslachtshormonen. Ook geeft een kunstmatige verlaging van de normale talgproductie bij patiënten met seborroïsch eczeem een verbetering van de laesies. Het is niet bekend waarom seborroïsch eczeem vooral bij jonge kinderen voorkomt.

De belangrijkste exogene factor is de lipofiele gist *Pityrosporum ovale* (*P. ovale*), die een rol speelt bij de ontstekingsreactie. *P. ovale* komt vaak voor, maar toch ontwikkelt niet iedereen seborroïsch eczeem. Individuele gevoeligheid speelt een belangrijke rol, waarschijnlijk door een variabele immuunrespons op de infectie.³ Andere exogene factoren, zoals het klimaat, kleding of prikkeling door zeep of cosmetica beïnvloeden het beloop van de aandoening waarschijnlijk door vermindering van de concentratie van *P. ovale*. Het gunstige effect van zonlicht kan worden verklaard door het remmen van de groei van *P. ovale* door UV-A en UV-B. Daarnaast spelen ook algemene factoren zoals stress en voeding een rol bij het verergeren van seborroïsch eczeem.

Het onderscheid met constitutioneel eczeem is de belangrijkste differentieeldiagnostische overweging. Constitutioneel eczeem komt niet voor bij een vette, maar een droge huid, heeft andere voorkeursplaatsen (ellebogen, knieholten, en juist niet op de hoofdhuid) en is gerelateerd aan atopie.

Diagnostiek

Meestal bestaan er in de voorgeschiedenis langdurige en vaak wisselende klachten. De diagnose wordt gesteld op basis van inspectie van de (hoofd)huid waarbij wordt gelet op schilfering, roodheid, korstvorming en secundaire impetiginisatie. De schilfering kan fijn zijn, maar soms ontstaan grote vette korsten ter hoogte van de haarlijn (corona seborrhoica). Van belang is het typische onderscheid te maken met constitutioneel eczeem. Aanvullend onderzoek levert geen specifieke bijdrage aan de diagnose.

Veel gebruikte behandelingen

Seborroïsch eczeem is een aandoening die over het algemeen niet volledig geneest. Vaak wassen met niet-irriterende shampoo of zeep verwijdert overtollig talg waardoor *P. ovale* minder voedingsbodem heeft. Met hoofdbedekking kunnen de klachten toenemen. Blootstelling aan zon en andere ultraviolette straling vermindert waarschijnlijk de verschijnselen. Zonverbranding moet voorkomen worden omdat dit leidt tot nieuwe ontstekingsverschijnselen en schilfering.

Zinkpyrithion, ketoconazol en teer kunnen de groei van *P. ovale*

afremmen. In de vorm van een shampoo of crème kunnen deze middelen dagelijks of wekelijks toegepast worden. Een lokaal corticosteroid kan de ontstekingsverschijnselen en jeuk verminderen. Schilfers kunnen worden opgelost met salicylzuur, resorcinol of olie en daarna uitgewassen. Dikke korsten op de hoofdhuid bij baby's kunnen verwijderd worden door ze enkele uren te weken met babyolie.

Methode

We zochten in december 2002 voor de periode 1995 tot december 2002 in het Cochrane controlled clinical trial register en in Medline. De trefwoorden waren: *seborrheic dermatitis*, *seborrhoic dermatitis* en *dandruff* in combinatie met *review*, *clinical trial*, *controlled trial* en *therapy*. Alle Engelstalige artikelen die dit opleverde, werden nagezien op klinisch onderzoek naar behandeling van seborroïsch eczeem van de hoofdhuid. Dit leverde twaalf artikelen op van gecontroleerde klinische trials. De meeste onderzoeken waren methodologisch matig tot redelijk van kwaliteit. Wij vonden slechts één groot en goed opgezet onderzoek over behandeling en profylaxe met ketoconazol. De matige kwaliteit van de onderzoeken kan leiden tot een overschatting van de klinische effecten van de medicatie.

Klinische vragen

Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandeling?

Over het effect van een indifferente behandeling vonden wij geen klinische trials. Mogelijk bestaat er wel een effect van het regelmatig wassen met een indifferente shampoo: in trials waarin medicatie werd onderzocht, bleek dat de placebogroep, die alleen met indifferente shampoo waste, ook aanzienlijk verbeterde. Een andere verklaring hiervoor is het natuurlijke beloop waarbij perioden van veel en weinig klachten elkaar afwisselen; voor een onderzoek zullen vooral patiënten worden geïncludeerd die op dat moment veel klachten hebben. Hierbij valt te verwachten dat de klachten in de loop van enkele weken zullen verminderen.

Wat is het effect van shampoos?

Anti-roosshampoos met zinkpyrithion zijn zonder recept verkrijgbaar. Wij vonden een klein cross-over-onderzoek waarin de klinische en microscopische effecten van pyrithionshampoo werden onderzocht bij twaalf patiënten met seborroïsch eczeem van de hoofdhuid.⁵ Hoewel de aantallen klein waren, was er volgens de auteurs een klinische en microscopische verbetering van het seborroïsch eczeem aantoonbaar na drie weken wassen met zinkpyrithionshampoo in vergelijking met placebo. Precieze informatie over de uitkomsten van de klinische diagnostiek ontbrak in dit artikel.

Wij vonden twee publicaties over teer (over drie onderzoeken, 60 respectievelijk 11 en 163 patiënten), waarin teershampoo werd vergeleken met respectievelijk placebo, een shampoo met salicylzuur, ciclopiroxolamine en elubiol en met een ketoconazolshampoo.^{6,7} De ernst van het seborroïsch eczeem werd gescoord door

een getrainde onderzoeker en vastgelegd in een ernstscore. Bij behandeling met teershampoo en ketoconazol was er een significante daling (ernstscore van 47 naar 10) na 4 weken terwijl dit bij placebo niet het geval was.⁷ Twee weken na het staken van ketoconazol was er nog effect zichtbaar terwijl dit bij teershampoo niet het geval was.

Wij vonden zes onderzoeken die de effecten van ketoconazolshampoo vergeleken met placebo, lokale corticosteroiden, salicylzuur of andere antimycotische shampoo.^{7,10-14} Het aantal patiënten met klachten was na beëindiging van de onderzoeken kleiner in de ketoconazolgroep dan in de placebogroep (gepoolde OR ketoconazolgroep versus placebogroep 0,33; 95%-BI 0,21-0,53). Het therapeutisch effect was vergelijkbaar of marginaal beter in vergelijking met andere antimycotische shampoos (teer, salicylzuur met ciclopiroxolamine). Ketoconazol-2% was effectiever dan ketoconazol-1%. Met lokale corticosteroiden hadden minder patiënten nog klachten na twee weken dan met ketoconazol (gepoolde OR 0,26; 95%-BI 0,11-0,59). Het uiteindelijke effect na vier weken was vergelijkbaar.

Salicylzuur werd onderzocht in een combinatiepreparaat met een antimycoticum;¹¹ in deze combinatie bleek het vergelijkbaar met ketoconazolshampoo.

Nadelig effect. Van zinkpyrithion werden geen bijwerkingen vermeld. Overgevoeligheid is mogelijk. In de onderzoeken met teer veroorzaakte teershampoo bij 5% van de patiënten lichte huidirritatie. Teer is carcinogeen bij langdurig gebruik op de huid. In ander onderzoek werd een verhoogde uitscheiding van polycyclische aromaten na gebruik van teershampoo aangetoond in de urine.^{8,9} Teer wordt daarom niet meer gebruikt in vrij verkrijgbare cosmetische producten. Bij ketoconazol werd niet vaker een bijwerking gemeld dan bij placebo; contactallergie was zeldzaam.

Wat is het effect van corticosteroiden?

Twee hiervoor al genoemde onderzoeken vergeleken de effectiviteit van een lokaal klasse-2-corticosteroid (betamethason-17-valeraat en mometasonfuroaat) met lokaal ketoconazol.^{12,13} Beide corticosteroiden gaven binnen twee weken een duidelijk gunstig klinisch effect. Dit was sneller dan het effect van ketoconazol (OR 0,26; 95%-BI 0,11-0,59). Na vier weken was er geen duidelijk verschil.

Nadelig effect. In deze twee onderzoeken werd eenmaal als mogelijke bijwerking folliculitis gemeld. Corticosteroiden hebben lokaal als bijwerking atrofie en teleangiëctasieën. Bij langdurige applicatie op beschadigde huid of grote huidplekken kan er ook aanzienlijke resorptie optreden met mogelijk systemische bijwerkingen.

Wat is het effect van orale behandeling?

Over orale medicatie die mogelijk effect sorteert zoals cyproteronacetaat en isotretinoïne konden wij geen klinisch onderzoek vinden.

In een onderzoek bij 60 patiënten werd het effect van oraal terbinafine onderzocht.¹⁵

Met vier weken eenmaal daags 250 mg terbinafine werd een verbetering van de klachten bereikt die nog acht weken aanhield na het stoppen van de medicatie. De klinische relevantie hiervan is niet duidelijk omdat de onderzoekers geen criteria gaven van genezing en niet vergeleken met lokale behandeling.

Nadelig effect. In dit onderzoek werden geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd; overige bijwerkingen werden niet vermeld. Orale medicatie geeft over het algemeen meer systemische bijwerkingen dan lokale behandeling; zo kan terbinafine leverfunctiestoornissen veroorzaken.

Conclusie

Meestal verergeren factoren die de groei van de gist *P. ovale* bevorderen, zoals afsluiting door hoofdbedekking, de klachten en leidt remming van de gist, bijvoorbeeld door blootstelling aan zonlicht tot verbetering. Ook door regelmatig wassen met neutrale zeep of shampoo vermindert de concentratie van *P. ovale*.

Veel patiënten zullen zichzelf behandelen met vrij verkrijgbare shampoo. In dit geval is van een shampoo met zinkpyrithion een therapeutisch effect te verwachten. Teershampoo is vanwege de carcinogene effecten niet geïndiceerd.

De effectiviteit van lokale corticosteroiden en antimycotica ontloopt elkaar niet veel; het effect van corticosteroiden treedt sneller in, maar antimycotica werken waarschijnlijk langduriger. Bij lichtere vormen van seborroïsch eczeem, zoals roos, is een antimycoticum als ketoconazolshampoo tweemaal per week het middel van eerste keus. Indien ontstekingsverschijnselen zoals roodheid en jeuk een rol spelen, kan dagelijks een lokaal klasse-2-corticosteroid gedurende twee tot vier weken toegevoegd worden. Na remissie kan een onderhoudsbehandeling van eenmaal per week met ketoconazol een nieuwe exacerbatie voorkomen. In ernstige therapieresistente gevallen kan overwogen worden een oraal antimycoticum toe te passen. Met terbinafine zijn goede resultaten gemeld, maar de meerwaarde boven lokale middelen is niet onderzocht.

Wij vonden ook geen gegevens over behandeling bij kinderen; meestal kan bij hen volstaan worden met het afweken van de schilfers met babyolie. In ernstiger gevallen kan kortdurend zinkpyrithion of ketoconazolshampoo toegepast worden of lokaal een klasse-1-corticosteroid. Rekening moet worden gehouden met de kans op systemische bijwerkingen van lokale middelen door grotere resorptie via de huid.

De bijdragen in de serie Kleine kwalen worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van JAH Eekhof, A Knuistingh Neven en ThJM Verheij. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (nu 4^e editie, 2001; ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

Literatuur

- 1 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 2 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2000/2001. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2002.
- 3 Bergbrant IM, Faergemann J. The role of pityrosporum ovale in seborrhoeic dermatitis. *Semin Dermatology* 1990;9:262-8.
- 4 Mimoseni K, Mukamel M, Zeharia A, Mimouni M. The prognosis of infantile seborrhoeic dermatitis. *J Pediatr* 1995;127:744-6.
- 5 Warner R, Schwarz JR, Boissy YBS, Dawson T. Dandruff has an altered stratum corneum ultrastructure that is improved with zinc pyrithione shampoo. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:897-903.
- 6 Piérard-Franchimont C, Piérard GE, Vroome V, Lin GC, Appa Y. Comparative anti-dandruff efficacy between a tar and a non-tar shampoo. *Dermatology* 2000;200:181-4.
- 7 Davies DB, Boorman GC, Shuttleworth D. Comparative efficacy of shampoos containing coal tar, coal tar plus ciclopirox olamine and ketoconazol for the treatment of dandruff/seborrhoeic dermatitis. *J Dermatol Treat* 1990;10:177-83.
- 8 Van Schooten FJ, Moonen EJC, Rhijnsburger E, Van Agen B, Thijssen HHW, Kleinjans JCS. Dermal uptake of polycyclic aromatic hydrocarbons after hairwash with coal-tar shampoo. *Lancet* 1994;344:1505-6.
- 9 Van Schooten FJ. Carcinogenic consequences of coal-tar shampoo? *Lancet* 1995;345:1635.
- 10 Peter RU, Richarz-Barthauer U. Successful treatment and prophylaxis of scalp seborrhoeic dermatitis and dandruff with 2% ketoconazol shampoo. *Br J Dermatol* 1995;132:441-5.
- 11 Squire RA, Goode K. A randomised, single-blind, single-centre clinical trial to evaluate comparative clinical efficacy of shampoos containing ciclopirox olamine (1.5%) and salicylic acid (3%), or ketoconazole (2%) for the treatment of dandruff/seborrhoeic dermatitis. *J Dermatol Treat* 2002;13:51-60.
- 12 Van 't Veen AJ, Prevoo RLMA, Velders AJ, Jagtman BA, Van Niel JCF, Stolz E. Betamethasone-17-valerate compared with ketoconazole for topical treatment of seborrhoeic dermatitis of the scalp in adults. Results of a Dutch multicentre study. *J Dermatol Treat* 1998;9:239-45.
- 13 Hersle K, Mobacken H, Nordin P. Mometasone furoate solution 0.1% compared with ketoconazole shampoo 2% for seborrhoeic dermatitis of the scalp. *Current Therapeutic Research* 1996;57:516-22.
- 14 Piérard-Franchimont C, Piérard GE, Arrese JE, De Doncker P. Effect of ketoconazole 1% and 2% shampoos on severe dandruff and seborrhoeic dermatitis: clinical, squamometric and mycological assessments. *Dermatology* 2001;202:171-6.
- 15 Scaparro E, Quadri G, Virno G, Orifici C, Milani M. Evaluation of the efficacy and tolerability of oral terbinafine in patients with seborrhoeic dermatitis. A multicentre, randomized, investigator-blinded, placebo-controlled trial. *Brit J Dermatology* 2001;144:854-7.