

Noem corticosteroidenzalf geen ‘hormoonzalf’

Enes Hajdarbegovic, Anneke de Vos

Bij veel inflammatoire huidaandoeningen worden dermatocorticosteroiden voorgeschreven. Bij veel patiënten, maar ook bij voorschrijvers, staat angst voor bijwerkingen een juist gebruik in de weg. Kennis van de prevalentie en de ernst van deze bijwerkingen – sommige reëel, maar andere ingebeeld – is een voorwaarde voor optimale behandeling. Gebrek aan kennis en suggestief taalgebruik leiden tot onnodig slechte behandeluitkomsten.

Therapietrouw wordt grotendeels bepaald door psychologische en cognitieve determinanten, zoals geloof in een externe *locus of control*, psychologische reactantie (geloof om in behandelkeuzevrijheid beperkt te worden) en farmacofobie (angst voor geneesmiddelen), dit in combinatie met scepsis over de noodzaak en veiligheid van de medicatie. Al deze determinanten kunnen worden beïnvloed door goede medicatievoorlichting.¹ Een vast onderdeel van de voorlichting is

het bespreken van bijwerkingen, maar overdreven nadruk op waarschuwingen kan juist farmacofobie opwekken.² Terloops gebruikte termen als ‘heftig medicijn’, ‘paardenmiddel’ en ‘hormoonzalf’, roepen negatieve associaties op. Goede medicatievoorlichting zou ook gericht moeten zijn op geruststelling en op het ontkrachten van misvattingen.^{3,4} Dat vereist bewustzijn van het effect van woordgebruik en formuleringen, en gedegen kennis van de bijwerkingen.^{5,6} In dit artikel bespreken wij de vorm van meest voorkomende vorm van farmacofobie bij huidpatiënten: corticofobie.

CORTICOFOBIE

In 2016 werden dermatocorticosteroiden in Nederland 4 miljoen keer voorgeschreven aan ongeveer 1,1 miljoen gebruikers, vooral voor chronische inflammatoire huidaandoeningen zoals atopisch eczeem (AE) en psoriasis.⁷ Deze middelen zijn zeer effectief en zeer veilig, maar heel vaak schiet de therapietrouw



Dermatocorticosteroiden werken goed en zijn veilig bij normaal gebruik.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Patiënten schatten de bijwerkingen van dermatocorticosteroïden vaak veel te ernstig in, wat leidt tot 'corticofobie' en gebrek aan therapietrouw.
- Dermatocorticosteroïden werken goed en zijn veilig bij normaal gebruik, maar artsen en zorgverleners gebruiken nog te vaak termen als 'paardenmiddel' en 'hormoonzalf'.
- Geef de patiënt goede, genuanceerde voorlichting met aandacht voor diens specifieke angsten en voor de statistische context van bijwerkingen.
- Angst voor cutane atrofie (dunne huid) berust vaak op misvattingen en is meestal ongegrond, zeker bij normaal gebruik van klasse I en II corticosteroïden.

tekort door irrationele angst voor het gebruik ervan, zowel bij de patiënt als bij de voorschrijver. De prevalentie van corticofobie bij patiënten met AE en hun ouders is ongeveer 50%, in hun omgeving (familieleden, peers, apothekersassistenten) zal dat vergelijkbaar zijn.⁵ Opmerkelijker is dat de prevalentie van corticofobie onder huisartsen 39% en onder kinderartsen 31% is.⁶ Corticofobie is geassocieerd met slechtere behandeluitkomsten, al verbetert de therapietrouw wel wanneer men de corticofobie benoemt en goede voorlichting geeft.^{5,6} Verkeerde informatie en informatie zonder de juiste context, afkomstig uit de bijsluiter, van internet of van een zorgverlener, wekt onrealistische verwachtingen over de bijwerkingen. De mens heeft geen goede intuïtie voor statistiek, vooral als het om zeldzame maar ernstige gebeurtenissen gaat.⁸ Naar onze indruk mondt dit uit in angst voor het geneesmiddel en leidt het zelfs tot ingebeeelde bijwerkingen.⁹ Verder wordt de benaming 'hormoonzalf' geassocieerd met 'nare bijwerkingen'. De term 'hormoonzalf' is uiteraard niet de enige oorzaak (corticofobie is immers een internationaal probleem), maar biedt wel goede aanknopingspunten om verkeerde denkbeelden te corrigeren. De bijwerkingen waarvoor patiënten bang zijn, bestaan echt, maar zijn zeldzaam en worden uitsluitend gezien bij het in hoge mate onjuist (te lang, te sterk, verkeerde lokalisatie) gebruik van deze middelen.

SOMS TOT VAAK VOORKOMENDE BIJWERKINGEN

Ernstige bijwerkingen van dermatocorticosteroïden zijn zeer zeldzaam. Vaak hebben patiënten een specifieke medicatieangst waardoor ze hun kans op bijwerkingen buitenproportioneel groot inschatten. Het kan dan om een heel jong kind gaan, een zwangere patiënte, een puber in de groei, of om patiënten met oogheelkundige of hormonale problemen. De meest voorkomende bijwerkingen bij topicaal gebruik zijn echter reversibel en bovendien veel minder ernstig dan bij bijvoorbeeld systemisch toegediende corticosteroïden. De meest voorkomende bijwerkingen (1-10%) zijn een branderig gevoel en jeuk na het aanbrengen, dermatitis rond de mond, papeltjes

rond mond en neusgaten, acne of folliculitis, en het reboundfenomeen (heropvlamming). Het branderige gevoel na aanbrengen ontstaat door irritatie; periorale dermatitis, acne en folliculitis als bijwerking van dermatocorticosteroïden worden in verband gebracht met veranderingen in het microbioom.¹⁰ Bij heropvlamming is de huidontsteking onvoldoende bestreden en keert die in alle hevigheid terug na het stoppen met de dermatocorticosteroïden.

ZELDZAME TOT ZEER ZELDZAME BIJWERKINGEN

Veel zeldzamer dan de hierboven genoemde bijwerkingen zijn contactallergie, overmatige beharing (hypertrichose) en hypopigmentatie. Overmatige beharing ter plaatse van de behandelde huid [figuur 1] is reversibel en komt voor bij ongeveer 1 patiënt per dermatoloog per 2 jaar. Contactallergie is nog zeldzamer. Hypopigmentatie door corticosteroïden is zeldzaam, maar lastiger te onderzoeken vanwege de overlap met postinflammatoire hypopigmentatie die juist veel voorkomt, vooral bij donkerdere huidtypen [figuur 2]. Hypopigmentatie is een verklaarbare bijwerking van corticosteroïden, omdat deze middelen de biosynthese van melanine remmen. In landen waar corticosteroïden vrij verkrijgbaar zijn, worden ze misbruikt om de huid te bleken.¹¹

Systemische bijwerkingen bij topicaal gebruik van corticosteroïden worden zeer zelden gerapporteerd. Onderdrukking van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras is in enkele *case reports* beschreven na maandenlang continu gebruik van klasse 3- en 4-dermatocorticosteroïden.^{12,13} Groeivertraging door systemische absorptie is eveneens zeer zeldzaam. De groeivertraging berust op tijdelijk uitstel van de puberteit en wordt altijd ingehaald.^{14,15} Een cochrane review laat zien dat topicale corticosteroïden tijdens de zwangerschap geen negatieve effecten hebben op het ongeboren kind.¹⁶

Het gebruik van klasse 1- en 2-dermatocorticosteroïden op de oogleden is niet geassocieerd met glaucoom en cataract. Er is mogelijk wel een associatie met sterkere middelen, maar de causaliteit is twijfelachtig. In de case reports die deze associatie beschrijven, ging het om systemisch gebruik. Bovendien is er een onafhankelijke associatie tussen zowel glaucoom als cataract en ernstig AE die deze bijwerkingen veel beter verklaart.¹⁷

DUNNERE HUID DOOR CORTICOSTEROÏDEN

De bijwerking waarover men het meest hoort en die het meest wordt gevreesd, is corticosteroïdgeïnduceerde cutane atrofie. Er is echter geen onderbouwing beschikbaar uit onderzoek. Er zijn enkele case reports, maar die betroffen langdurig gebruik van een te sterk dermatocorticosteroïd (meestal klasse 4) op een gevoelige plaats (oksels en liezen). De gemiddelde dermatoloog in Nederland ziet jaarlijks ongeveer 2 patiënten met corticosteroïdgeïnduceerde cutane atrofie. Dit is een welomschreven aandoening met 5 zeer specifieke kenmerken: teleangiëctasieën, ecchymosen, toegenomen zichtbare aderen, striae [figuur 3] en depigmentatie (volledig wit worden van de huid). Teleangiëctasieën zijn reversibel.

De angst voor dermatocorticosteroiden vertaalt zich echter veel vaker in een aantal symptomen en klachten die patiënten onder de paraplu 'dunnere huid' scharen:

- branderig gevoel na het aanbrengen
- opbleking door postinflammatoire hypopigmentatie
- *blanching* (kortdurende vasoconstrictie na het aanbrengen)
- pijn
- subjectief ervaren dunnere huid

ADVIEZEN EN INSTRUCTIES

Op basis van ervaring adviseren wij de volgende aanpak om corticofobie en therapieontrouw te voorkomen. Allereerst is het belangrijk dat alle zorgverleners hun adviezen aangaande dermatocorticosteroiden harmoniseren en daarbij hetzelfde standpunt innemen. Goede voorlichting kan corticofobie effectief bestrijden.^{5,6} Een veelgehoorde opmerking op de poli Dermatologie is: 'Is dat een hormoonzalf, dokter?' Dat is een goed moment om de patiënt te vragen naar diens cognities, eventuele misvattingen op te sporen en die gericht te ontcrachten. Begin met de geruststelling dat het een ontstekingsremmende en zeer veilige zalf is, die bij juist gebruik geen belangrijke bijwerkingen heeft. Vermeld expliciet dat de zalf de huid niet dunner zal maken. Leg eerst de acute behandeling uit en pas tijdens een vervolgspraak de afbouwschema's. Leg expliciet uit waar de patiënt moet smeren en dat uitschieten naar de gezonde huid geen problemen geeft.

Het advies van de KNMP 'dun smeren' is gelukkig veranderd om onderbehandeling te voorkomen. (Zie ook de instructietabel van de KNMP.) Als vuistregel is het beter niet hoger te gaan dan klasse 2 bij applicatie in het gelaat. Leg uit dat de aandoeningen AE en psoriasis niet genezen en meestal recidiveren. Leg ook uit dat de behandeling bij dergelijke chronische aandoeningen lang moet worden volgehouden. Geef aan dat het veilig is de zalf zeker 4 weken achtereen dagelijks te gebruiken als dat nodig is. De meeste kinderen met AE die een klasse-2-corticosteroid gebruiken, zullen bij goede therapietrouw al na een week verbetering laten zien. Bij therapiefalen kan worden overgestapt op een hogere klasse dermatocorticosteroid. De NHG-Standaard Eczeem bevat over dit onderwerp praktische tabellen en een visualisatie.

LANGDURIGE BEHANDELING

Om heropvlamming te voorkomen is soms een onderhoudsbehandeling nodig. Die kan reactief zijn (het dermatocorticosteroid wordt herstart bij tekenen van heropvlamming) of proactief. Bij een proactieve onderhoudsbehandeling is het zaak de laagste op te sporen. Een veelgebruikt schema, dat maandenlang kan worden gevolgd zonder bijwerkingen, is 4 dagen smeren en daarna 3 dagen niet. De NHG-Standaard Eczeem geeft behandelingschema's en praktische tips.

CONCLUSIE

De therapietrouw bij gebruikers van dermatocorticosteroiden wordt geschaad door corticofobie bij patiënten én professionals. De angst voor dermatocorticosteroiden is het gevolg van

Figuur 1

Hypertrichose [naast ecchymosen] van de arm na topicale behandeling met een corticosteroidzalf



Figuur 2

Hypopigmentatie in de nek na topicale behandeling met een corticosteroidzalf



Figuur 3

Striae op de elleboog als uiting van dermatocorticosteroidgeïnduceerde cutane atrofie



misinformatie en eenzijdige nadruk op waarschuwen. Stem daarom de medicatievoorlichting af op de meest relevante angsten, ontkracht de misvattingen, bespreek cutane atrofie en kaart de vermeende hormonale effecten aan. Vermijd termen als 'hormoonzalf', die bijdragen aan de corticofobie. Het blijft natuurlijk prima om estriolcrème en testosterongel wel 'hormoonzalven' te noemen. ■

LITERATUUR

1. De Las Cuevas C, de Leon J. Reviving research on medication attitudes for improving pharmacotherapy: focusing on adherence. *Psychother Psychosom* 2017;86:73-9.
2. Kleppe M, Lacroix J, Ham J, Midden C. 'A necessary evil': associations with taking medication and their relationship with medication adherence. *Psychol Health Med* 2017;22:1217-23.
3. Webster RK, Weinman J, Rubin GJ. How does the side-effect information in patient information leaflets influence peoples' side-effect expectations? A cross-sectional national survey of 18- to 65-year-olds in England. *Health Expect* 2017;20:1411-20.
4. El Hachem M, Gesualdo F, Ricci G, Diociaiuti A, Giraldi L, Ametrano O, et al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multicentre survey. *Ital J Pediatr* 2017;43:22.
5. Li AW, Yin ES, Antaya RJ. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a systematic review. *JAMA Dermatol* 2017;153:1036-42.
6. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, De Jong K, De Vries TW. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. *Pediatr Dermatol* 2019;36:100-4.
7. Ah YM, Hwang S, Jun K, Choi SA, Yu YM, Kim E, et al. Real-world safety evaluation of topical corticosteroid use: A community pharmacy-based, prospective, observational study. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2019;125:405-13.
8. Tversky, A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science* 1974;185:1124-31.
9. Chamsi-Pasha M, Albar MA, Chamsi-Pasha H. Minimizing nocebo effect: Pragmatic approach. *Avicenna J Med* 2017;7:139-43.
10. Hafeez ZH. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol* 2003;42:514-7.
11. Verma SB. Sales, status, prescriptions and regulatory problems with topical steroids in India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014;80:201-3.
12. Mooney E, Rademaker M, Dailey R, Daniel BS, Drummond C, Fischer G, et al. Adverse effects of topical corticosteroids in paediatric eczema: Australasian consensus statement. *Australas J Dermatol* 2015;56:241-51.
13. Levin E, Gupta R, Butler D, Chiang C, Koo JY. Topical steroid risk analysis: differentiating between physiologic and pathologic adrenal suppression. *J Dermatolog Treat* 2014;25:501-6.
14. Del Rosso J, Friedlander SF. Corticosteroids: options in the era of steroid-sparing therapy. *J Am Acad Dermatol* 2005;53:S50-8.
15. Brand PL. Inhaled corticosteroids reduce growth. Or do they? *Eur Respir J* 2001;17:287-94.
16. Chi CC, Wang SH, Kirtschig G. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *JAMA Dermatol* 2016;152:934-5.
17. Daniel BS, Orchard D. Ocular side-effects of topical corticosteroids: what a dermatologist needs to know. *Australas J Dermatol* 2015;56:164-9.

Hajdarbegovic E, De Vos AA. Noem corticosteroidenzalf geen 'hormoonzalf'. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1349-y. Dermahaven, Rotterdam: dr. E. Hajdarbegovic, dermatoloog, Hajdarbegovic@gmail.com. Medisch Centrum Hoog Lede, Vlaardingen: A.A. de Vos, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.