

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal in de herziene NHG-Behandelrichtlijn Melasma

Amanda van Walraven, Annemiek Schep, Arianne Verburg

De NHG-Behandelrichtlijn Melasma is herzien. In de behandelrichtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen melasma, melasma bij zwangerschap of een andere hormonale oorzaak, of persisterend melasma. In alle gevallen bestaat het beleid uit voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen. Voor patiënten met persisterend melasma en melasma zonder onderliggende oorzaak is naast azelaïnezuur ook tretinoïne crème toegevoegd als behandeloptie. Schrijf deze middelen alleen voor als niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effect hebben en er een sterke wens tot behandeling is.

Melasma is een verworven aandoening van de huid, die gekenmerkt wordt door donkerbruine vlekken in het gelaat, vooral op het voorhoofd, de wangen, rond de ogen en op de bovenlip. De verkleuringen zijn vaak duidelijker zichtbaar in de zomermaanden, of na perioden van toegenomen blootstelling aan uv- of zonlicht. Melasma komt vooral voor bij vrouwen met een donkerder huidtype (Fitzpatrick huidtype III of hoger). De ziekte heeft vaak een chronisch, recidiverend karakter, maar is onschuldig. Meestal bezoekt de patiënt de huisarts omdat de vlekken in het gelaat als cosmetisch storend worden ervaren.

GEWIJZIGDE INDELING KLACHTEN

De nieuwe NHG-Behandelrichtlijn Melasma is een herziening van de oude Farmacotherapeutische Richtlijn Chloasma, Melasma uit 2008. Hierin werd bij de indeling van de klachten gesproken over melasma of chloasma (hormonale, medicamentosum of gravidarum). De verouderde term chloasma is in de behandelrichtlijn vervangen door melasma bij zwangerschap of een andere hormonale oorzaak. Bekende onderliggende oorzaken zijn gebruik van hormoonpreparaten (oestrogenen en in mindere mate progestagenen), hormonale anticonceptie (combinatiepreparaten), hypothyreoïdie, polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS) en ovariumcarcinoom. Ook wordt in de behandelrichtlijn het beleid bij persisterend melasma beschreven. Hierbij houden de klachten aan als een aanwijsbare onderliggende oorzaak voorbijgaat of wordt weggenomen. Volg bij persisterend melasma hetzelfde beleid als bij melasma zonder aanwijsbare onderliggende oorzaak.



Een patiënt met melasma bezoekt meestal de huisarts omdat de vlekken in het gelaat als cosmetisch storend worden ervaren. Foto: Shutterstock

GEEN BLOOTSTELLING AAN ZON

Zon- en uv-licht gelden als de belangrijkste uitlokkende factoren van (verergering van) de klachten. Daarom geldt voor alle patiënten het advies om zonexpositie te vermijden in combinatie met het gebruik van een zonnebrandcrème met een hoge factor (SPF > 50), elke 2 uur bij een uv-index > 4 en het gebruik van een hoofddeksel. Wanneer een patiënt hinder van de klachten ondervindt, kan deze desgewenst camouflerende cosmetica gebruiken. Consulteer eventueel een huidtherapeut voor advies.

AFWACHTEND BELEID BIJ MELASMA BIJ ZWANGERSCHAP OF EEN ANDERE HORMONALE OORZAAK

Wanneer melasma ontstaat tijdens de zwangerschap volstaat een niet-medicamenteus beleid. De klachten verminderen vaak enkele maanden na de bevalling. Bij een duidelijke relatie met een vermoedelijk onderliggende oorzaak heeft het verdwijnen of behandelen van de onderliggende oorzaak mogelijk een positief effect op de klachten. Overweeg bijvoorbeeld een barrièremiddel of een anticonceptivum met enkel progestagenen voor te schrijven in plaats van oestrogeen bevattende anticonceptiemiddelen. Aanvullend onderzoek naar

hormoonstoornissen of een andere onderliggende oorzaak wordt niet aanbevolen.

TRETINOÏNE EN AZELAÏNEZUUR GELIJKWAARDIGE BEHANDELOPTIES

Patiënten met persisterende klachten of klachten zonder onderliggende oorzaak krijgen eerst niet-medicamenteuze adviezen. Overweeg, als de klachten onvoldoende verminderen én de patiënt een sterke wens tot behandeling heeft, medicamenteuze behandeling. De toepassing hiervan wordt beperkt doordat het effect van medicamenteuze behandeling onzeker is en de klachten veelal recidiveren als de patiënt de behandeling staakt. Bovendien kunnen niet-omkeerbare bijwerkingen, zoals postinflammatoire hyperpigmentatie of hypopigmentatie, optreden. Instrueer de patiënt om bij tekenen van hyper- of hypopigmentatie direct te stoppen met het middel. Er zijn 2 gelijkwaardige medicamenteuze behandelopties voor (persisterend) melasma: azelaïnezuur- of tretinoïne crème (off-label). Beide middelen laten een gelijkwaardige effectiviteit zien en de bijwerkingen zijn vergelijkbaar. Dit is een wijziging ten opzichte van de oude farmacotherapeutische behandelrichtlijn, waarin alleen azelaïnezuur werd aanbevolen. ■

Raadpleeg de volledige versie van deze NHG-Behandelrichtlijn op richtlijnen.nhg.org.

Van Walraven A, Schep A, Verburg A. Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal in herziene NHG-Behandelrichtlijn Melasma. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1374-x. NHG, cluster Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: A. Walraven, wetenschappelijk medewerker en apotheker: kenniscentrum@nhg.org; A. Schep, wetenschappelijk medewerker en epidemioloog; A. Verburg, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.