

Effectieve behandelopties rosacea

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Rosacea is een veelvoorkomende chronische huidaandoening die gekenmerkt wordt door erytheem, papels, pustels en teleangiëctasieën. Er zijn vier subtypen: de erythemateuze vorm met vooral erytheem en teleangiëctasieën, de papulopustuleuze vorm met vooral ontstekingsverschijnselen als papels en pustels, de rhinophymateuze vorm met verdikking van de huid, meestal rond de neus (rhinophyma) en ten slotte de oculaire vorm met ontstekingen van ogen en oogleden. Circa de helft van de patiënten heeft (ook) deze oculaire vorm, maar waarschijnlijk wordt dit vaak niet als zodanig herkend. Er zijn voor rosacea verschillende topicale en systemische behandelingen mogelijk in de eerste lijn, maar het is onduidelijk welke het effectiefst is.

Klinische vraag Welke behandelingen zijn effectief bij rosacea?

Conclusie auteurs De auteurs includeerden 106 onderzoeken (n = 13.631; 30-100 per onderzoek). Van de topicale middelen blijken zowel metronidazol (3 onderzoeken; n = 334; RR 1,98; 95%-BI 1,29 tot 3,02) als azeläinezuurcrème (4 onderzoeken; n = 1179; RR 1,46; 95%-BI 1,30 tot 1,63) binnen 3-6 weken afname van klachten te geven. Metronidazol lijkt minder bijwerkingen te geven dan azeläinezuurcrème. Een aantal onderzoeken laat een gunstig effect zien van ivermectine 1% en brimonidinegel, waarbij brimonidinegel vooral effectief lijkt bij erytheem. Van de systemische middelen blijken doxycycline, tetracycline en isotretinoïne effectief. Doxycycline 40 mg is even effectief als 100 mg, met waarschijnlijk minder kans op bijwerkingen.

Beperkingen Tweeëndertig van de 106 onderzoeken hadden een looptijd korter dan 8 weken. Slechts 4 van de 106 onderzoeken gingen over de duur van een remissie, waardoor het effect op lange termijn onduidelijk blijft. Dit is juist erg belangrijk, aangezien rosacea een chronische aandoening is.

COMMENTAAR

De NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Rosacea adviseert goede uitleg te geven over het chronische, recidiverende karakter van rosacea. Daarnaast zijn er verschillende niet-medicamenteuze adviezen, zoals het vermijden van factoren die klachten uitlokken of verergeren. Bekende triggers zijn zonlicht, warmte, alcohol en gekruid voedsel. Daarnaast wordt het gebruik van irriterende en alcoholhoudende cosmetica ontraden. Wanneer zonlicht toename van klachten geeft, wordt een zonnebrandcrème met factor 30 of hoger geadviseerd. Bij de erythemateuze vorm worden in de NHG-richtlijn uitsluitend niet-medicamenteuze opties geadviseerd. Bij de papulopustuleuze vorm wordt bij onvoldoende effect van de

niet-medicamenteuze adviezen gestart met medicamenteuze therapie. De eerste stap in de richtlijn is metronidazolcrème of azeläinezuurcrème. Bij onvoldoende resultaat wordt geadviseerd te switchen naar het andere middel. De volgende (en laatste) stap is tetracycline per os. Deze review onderschrijft de werkzaamheid van deze middelen, net als het advies om de behandeling toe te spitsen op het type rosacea. Nieuw is de plaats voor medicamenteuze behandeling bij de erythemateuze vorm, waarbij vooral aanwijzingen werden gevonden voor een gunstig effect van het nieuwe middel brimonidinegel. Daarnaast geven de auteurs aan dat er vaak een combinatie van middelen voorgeschreven zal worden om het beste resultaat te verkrijgen. Dit komt in de huidige richtlijn minder duidelijk naar voren.

Zowel voor de onderzoekers als in de dagelijkse praktijk is het onderscheid tussen de erythemateuze en de papulopustuleuze vorm soms lastig. Vaak is er sprake van een mengbeeld waarbij de meest dominante kenmerken kunnen variëren in de tijd. Dit vormt een extra argument voor het belang van een combinatietherapie. Verder worden de niet-medicamenteuze behandelmogelijkheden hier helaas niet onderzocht, terwijl deze in de huisartsenpraktijk juist van groot belang zijn en zelfmanagement kunnen bevorderen. Ten slotte concluderen de auteurs dat er plaats lijkt te zijn voor verschillende andere middelen die in Nederland minder courant zijn. De belangrijkste zijn: doxycycline 40 mg, brimonidinegel en ivermectinecrème 1%. Ivermectine is in Nederland momenteel alleen als tablet beschikbaar en nog niet als crème. De crème is al wel geregistreerd in de Verenigde Staten en de auteurs geven aan dat registratie in Europa op korte termijn wordt verwacht. Brimonidinegel is een selectieve alfa 2-receptoragonist, die erytheem vermindert door directe cutane vasoconstrictie. Het middel kan eenmaal daags lokaal worden aangebracht ook in combinatie met andere middelen tegen rosacea en met cosmetica.

Samenvattend: de middelen uit de huidige richtlijn blijken alle effectief tegen rosacea. Daarnaast blijkt doxycycline 40 mg een goede optie te zijn en lijken de effecten van de nieuwe middelen brimonidinegel en ivermectinecrème gunstig. ■

LITERATUUR

- 1 Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, Van der Linden MMD, Charland L. Interventions for rosacea. Cochrane Database Syst Rev 2015;4:CD003262.