

Sombere stemming

H de Vries, HWJ van Marwijk, ATF Beekman

Van klacht naar probleem

Een sombere stemming kan een normaal verschijnsel zijn dat past bij een rouwproces en bij verliesverwerking. Hiervan is ook sprake bij ernstige somatische ziekten, zoals reumatoïde artritis. Normale somberheid staat in een invoelbare verhouding tot de aanwezige verlies- en stressfactoren en vermindert ook wanneer men erin slaagt de problemen aan te pakken of het verlies te verwerken. Er is pas sprake van pathologische somberheid of depressie wanneer deze buiten proportie is of te lang aanhoudt, of wanneer de stemmingsontregeling optreedt bij een stimulus die geen depressiviteit rechtvaardigt.¹

De huisarts staat meestal als eerste voor de taak een onderscheid te maken tussen deze verschillende vormen van sombere stemming. Een moeilijkheid voor de arts bij patiënten met een sombere stemming is dat sommige patiënten met preëxistente soma-

Samenvatting

De Vries H, Van Marwijk HWJ, Beekman ATF. Sombere stemming. Huisarts Wet 2003;46(8):452-5.

Bij een sombere stemming is het vooral van belang een onderscheid te maken tussen enerzijds de depressie, een syndroomdiagnose met specifieke criteria die betrekkelijk frequent voorkomt en een specifieke therapie vereist, en anderzijds psychosociale problemen die met een down of depressief gevoel gepaard gaan en evenmin zeldzaam zijn. Een afzonderlijke categorie vormen de patiënten met een milde chronische vorm van somberheid: dysthymie.

Het belangrijkste diagnosticum van de arts is een grondige anamnese. Het onderscheid tussen een gedeprimeerde stemming bij problemen en een depressie zit vooral in ernst en duur van de klachten. Een depressie gaat incidenteel gepaard met psychotische kenmerken (vooral wanen). Depressies afgewisseld met manische episoden treden op bij een bipolaire stoornis. Soms staan bij een beginnende dementie depressieve symptomen op de voorgrond. Ook alcoholmisbruik en een aantal somatische aandoeningen, zoals schildklierfunctiestoornissen, een cerebrovasculair accident en de ziekte van Parkinson kunnen tot een sombere stemming leiden.

VU medisch centrum, Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde en EMGO-Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. H. de Vries en dr. H.W.J van Marwijk, huisartsen; VU medisch centrum afdeling Psychiatrie en EMGO-Instituut en GGZ Buitenamstel: prof. dr. A.T.F. Beekman, psychiater.

Correspondentie: h.de_vries.gpnh@med.vu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Methodologie

Elke bijdrage in de serie Diagnostiek wordt volgens strikte criteria geschreven. Deze bijdrage is gebaseerd op een Medlinezoek over de periode 1985 tot en met april 2002 naar richtlijnen, reviews en empirisch onderzoek. Hierbij werd steeds een trefwoord voor de klacht: *depressive mood* gecombineerd met een zoekterm over de huisartsgeneeskunde *family practice* of *primary care*, óf epidemiologie/besliskunde: *incidence*, *sensitivity* of *specificity* óf het diagnostisch proces: *diagnosis differential*, *history-taking*, *physical examination* of *laboratory tests*. Meer informatie over de zoekstrategie is bij de eerste auteur op te vragen.

tische ziekten of met moeilijk te duiden somatische klachten, niet gelabeld wensen te worden met een psychische diagnose als depressie.² Specifieke aandacht voor de depressie kan ook bij deze patiënten echter noodzakelijk zijn met het oog op de behandelingsmogelijkheden ervan.

Somberheid gaat vaak vanzelf over, maar heeft bij ouderen vaker een chronisch beloop. Depressies hebben echter een grote impact op de mortaliteit, de overige morbiditeit en de kwaliteit van leven.³⁻⁷ De mediane duur is 3 maanden; na 2 jaar is 20% nog niet hersteld.¹ Van alle mensen met een depressieve stoornis overlijdt uiteindelijk 15% door suïcide.⁸ Er zijn aanwijzingen dat vroegtijdige herkenning en behandeling chroniciteit kunnen voorkomen.⁹⁻¹¹

Van probleem naar differentiële diagnose

De huisarts kan bij patiënten met een sombere stemming de volgende diagnoses stellen.

Depressie

Een patiënt heeft een depressie als er gedurende minstens twee weken bijna iedere dag en het grootste deel van de dag sprake is van minstens vijf depressieve symptomen én van belangrijk sociaal disfunctioneren.⁷ Een van de twee kernsymptomen moet aanwezig zijn: een sombere (gedeprimeerde) stemming, of verlies van interesse of plezier in bijna alle activiteiten (anhedonie). De andere symptomen van depressie zijn:

- ▶ verandering van eetlust of gewicht;
- ▶ slapeloosheid of overmatig slapen;
- ▶ agitatie of remming;
- ▶ vermoeidheid of energieverlies;
- ▶ gevoelens van waardeloosheid of schuld;
- ▶ problemen met denken of concentratie of besluiteloosheid;
- ▶ gedachten aan de dood of aan suïcide, suïcideplannen of -pogingen.

De kern

- ▶ Depressie als syndroomdiagnose is van een depressieve stemming door psychosociale problemen te onderscheiden door op de intensiteit van de depressieve klachten (bijna dagelijks, grootste deel van de dag) en op de mate van disfunctioneren in te gaan.
- ▶ Depressieve beelden gaan vaak samen met angststoornissen.
- ▶ Bij depressie moet men altijd het suïciderisico inschatten.
- ▶ Denk aan alcoholmisbruik, ernstige somatische ziekten en beginnende dementie als verklaring voor een sombere stemming.

Deze symptomen zijn nieuw of erger dan voorheen.

Vaak gaat een depressie gepaard met diverse lichamelijke klachten en catastrofale manieren van denken, zogenaamde negatieve cognities. De stoornis wordt instandgehouden door vicieuze cirkels waarin deze negatieve cognities, zelfversterkend gedrag en ineffectieve probleemoplossende strategieën een rol spelen.

Een kleine minderheid vertoont psychotische symptomen bij de depressie, waaronder vooral wanen waarvan de inhoud bij de depressie past: paranoïde, hypochondere of nihilistische wanen. Deze patiënten hebben een verhoogde kans op suïcide of zelfverwaarlozing.

Psychosociale problemen met down of depressief gevoel

Hiermee wordt bedoeld op gevoelens van somberheid die in de context van de patiënt invoelbaar zijn en die niet aan de criteria van een depressie voldoen (symptomen, ernst en duur) en waarbij geen sprake is van belangrijk sociaal disfunctioneren. Bij rouw en psychosociale problemen (in gezin, relaties of werk) zijn patiënten wel eens somber. Kenmerkend is dat de verlaagde stemming focaal is, dat wil zeggen gericht op het verlies of het probleem en niet in alle omstandigheden. De patiënt is afleidbaar, er zijn minder negatieve cognities en er is een kleinere kans op suïcidaliteit dan bij een depressie.

Aanpassingsstoornis met depressieve stemming

Hierbij is er een duidelijke relatie tussen de somberheid en een specifieke stressvolle gebeurtenis. De stoornis ontstaat binnen drie maanden na het begin van de specifieke stressor en gaat over binnen zes maanden na het verdwijnen van de stressor. Daarbij is maar aan enkele van de criteria voor de diagnose depressieve stoornis voldaan. Aanpassingsstoornis is een veelal door psychiaters gestelde diagnose. Huisartsen benoemen overeenkomstige beelden wel als 'crisis of voorbijgaande stressreactie'.

Dysthymie

Een stemmingsstoornis waarvoor de laatste jaren meer aandacht komt, is de dysthymie. Dit is een mild chronisch beeld. De patiënt heeft het grootste deel van de dag, en meer dagen wél dan niet een gedeprimeerde stemming in combinatie met minstens twee van de overige symptomen, waarbij niet aan de criteria voor een depressie wordt voldaan.

Deze verschijnselen zijn gedurende twee jaar niet langer dan twee maanden afwezig geweest en mogen niet verklaard worden door middelengebruik, somatische ziekte of rouw, en ze verstoren het functioneren van de persoon op belangrijke gebieden.⁷

Bipolaire stoornis

Kenmerkend is de afwisseling van depressieve met manische perioden. De laatste zijn gekenmerkt door onrust, ernstige slapeloosheid en tekortschietend oordeelsvermogen en zelfinzicht, vaak leidend tot onverantwoorde besluiten.⁷ Deze stoornis is zeldzaam.

Beginnende dementie

Mensen met beginnende dementie hebben vaak depressieve klachten als reactie op de afbrokkeling van mentale vermogens. Er treden ook subcorticale vasculaire afwijkingen op en meerdere kleine infarcten met verschijnselen van zowel depressie als dementie. Naast cognitieve verschijnselen staat hierbij traagheid op de voorgrond.

Alcoholmisbruik en andere verslavingen

Deze leiden nogal eens tot depressieve verschijnselen, inclusief suïcidaliteit.

Somatische ziekten

Ernstige somatische aandoeningen kunnen aanleiding geven tot een sombere stemming of een uitgesproken depressie. Dit geldt onder meer voor een hartinfarct, chronische nierinsufficiëntie, endocriene stoornissen zoals hypothyreoïdie en hyperthyreoïdie en neurologische stoornissen zoals het CVA, de ziekte van Parkinson en multiple sclerose.¹² Ook bij vitaminedeficiënties, HIV/aids, auto-immuunziekten, kanker (in het bijzonder pancreascarcinoom) en ernstige anemieën worden geregeld depressies gezien.¹³

Opgemerkt moet worden dat depressieve beelden vaak samengaan met angststoornissen. Dit is deels te verklaren is door een overlap in symptomen (bijvoorbeeld slapeloosheid, moeheid, prikkelbaarheid, concentratieproblemen), maar berust wellicht ook op een gemeenschappelijk tekort aan bepaalde neurotransmitters.¹³ Een paniekaanval voorspelt een toekomstige depressie. De combinatie van angst en depressie leidt tot grotere beperkingen in het functioneren.¹⁴ Bij een zuivere angststoornis vindt men geen anhedonie of gedachten aan de dood.¹³

Epidemiologie

Depressieve klachten en depressie worden in de algemene bevolking gevonden bij 2% tot 19%.^{15,16} Een groot recent Nederlands onderzoek liet zien dat 2,7 per 1000 personen een ernstige depressie had en 1,6 per 1000 chronisch een beperkt aantal depressieve symptomen vertoonde.¹⁷ Onder vrouwen komen depressies ongeveer twee keer zo vaak voor als bij mannen.

In het Transitieproject werd 'down/depressief gevoel' als contact-

reden aan het begin van een episode bij 8 per 1000 ingeschreven patiënten per jaar genoteerd.¹⁸ Voor mannen was de incidentie 5, voor vrouwen 10 per 1000 patiënten per jaar.

De *tabel* geeft de verdeling van einddiagnosen gesteld in het Transitieproject.¹⁸

De prevalentie van depressie in de huisartsenpraktijk is 2-5%.¹² Van alle patiënten die contact hebben met de praktijk heeft 10% mildere depressieve klachten, vooral mensen ouder dan 55 jaar.¹²

Tabel Einddiagnosen van de klacht 'down/depressief gevoel' in de huisartsenpraktijk (voorafkansen in %)¹⁸

Geen nadere diagnose	39
Depressie	27
Psychosociale problemen	13
Andere psychische stoornis	5
Crisis/voorbijgaande stressreactie	2

Diagnostiek in de huisartsenpraktijk

Voorgeschiedenis

De volgende punten zijn van belang:¹² **C**

- ▶ eerdere depressieve episoden of een suïcidepoging in het verleden;
- ▶ (eerstegraads) familieleden met ernstige depressie of suïcidepogingen;
- ▶ andere psychiatrische ziekten in de voorgeschiedenis, waaronder manische episoden;
- ▶ ernstige lichamelijke ziekten;
- ▶ ernstige levensgebeurtenissen (incest of andere trauma's);
- ▶ alcoholmisbruik in het verleden of misbruik van middelen.

Verder spelen ook de draagkracht en de persoonlijkheidsopbouw van patiënten en hun omringende (steun)systeem een belangrijke rol.

Anamnese

Het diagnostisch gesprek bij de patiënt met een sombere stemming heeft een interactief karakter. Niet alleen de inhoud van de klachten, maar ook de wijze waarop de patiënt reageert en het gevoel dat de huisarts krijgt, geven richting aan het gesprek. Vooral het gedoseerd gebruik van *stiltes* en *gevoelsreflecties* kan het gesprek met een depressieve patiënt faciliteren.¹² Gevoelsreflecties zijn korte opmerkingen, al dan niet in vragende vorm, die het accent leggen op de gevoelens die de arts waarneemt. Dit kunnen gevoelens zijn die de patiënt zelf noemt, maar ook gevoelens die de arts als non-verbale boodschap in de onderstroom of op betrekkingniveau waarneemt.

Hulpvraag en sociaal disfunctioneren. De huisarts exploreert in de intakefase van ieder consult met een sombere patiënt eerst de ernst van het probleem en de hulpvraag. Aan het criterium 'sociaal disfunctioneren', dat nodig is voor de diagnose depressie, is voldaan wanneer er sprake is van volledige uitval van functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken) of wanneer de patiënt in flinke mate gehinderd wordt in het functioneren in sociale rollen.

Uitvragen (kern)symptomen. Door systematisch bovengenoemde

Bewijskracht

In dit artikel wordt de bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

kernsymptomen en overige symptomen na te vragen probeert men vervolgens een depressie (of dysthymie) op te sporen of uit te sluiten.^{7,12} **C**

Bij één of meer positieve antwoorden worden de beschreven symptomen verder uitgediept.

Suïciderisico. Het inschatten hiervan is essentieel bij depressie. De arts moet er openlijk naar vragen. Zijn er suïcidedgedachten; zo ja, hoe sterk is de doodswens; hoe dwingend zijn de suïcidedgedachten; is er een uitgewerkt suïcideplan; komen er suïcidepogingen in de familie voor en/of heeft de patiënt in het verleden reeds suïcidepogingen gedaan? Naarmate een poging meer recent heeft plaatsgevonden, neemt de kans op een nieuwe poging toe. Het suïciderisico wordt mede bepaald door het aantal, de ernst en oplosbaarheid van de eventuele psychosociale problemen, de aard van de suïcidedgedachten en het bestaan van een suïcideplan.

Ingrijpende levensgebeurtenissen en sociale omstandigheden. Van belang is of er in het verleden ingrijpende levensgebeurtenissen (*life events*) zijn voorgevallen. Tevens vraagt de huisarts naar de levens- en werkomstandigheden en eventuele problemen of veranderingen daarin. Aandachtspunten zijn: relatie- of werkproblemen, stoppen van activiteiten, vermindering van sociale contacten, ziekmelding. De mate van sociale steun is belangrijk, bijvoorbeeld verminderde mantelzorg bij een chronisch zieke.

Overige klachten. De arts vraagt bij ernstige depressies aan patiënt en diens naasten of er wanen, hallucinaties of manische episoden zijn geweest. Ook gaat men mogelijke alcohol- of drugsproblemen en klachten passend bij hypothyreoïdie en de ziekte van Parkinson na. Ook naar cognitieve problemen wordt geïnformeerd.

Vragenlijsten. Om de anamnese aan te vullen kan men een zelfinvulvragenlijst aan de patiënt meegeven als de *Beck depression inventory*, of de *Zung self-rating scale for depression*. Tijdens de volgende afspraak, bij voorkeur een dubbel consult, gaat men hier samen op in. Een gestructureerd en kort psychiatrisch interview als de PRIME-MD of de SDI voldoen ook.

Voorspellende waarde van specifieke anamnestiche gegevens. Over sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarden is weinig bekend.¹⁹ Het tot dusverre gerapporteerde onderzoek biedt geen kwantitatieve diagnostische informatie.^{16,20-24} Wel is bekend dat twee korte vragen over de stemming en de interesse een vergelijkbare diagnostische waarde hebben als voorgestructureerde vragenlijsten.²⁰ Het meten van depressieve symptomen is vrij onnauwkeurig.²⁵

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek is beperkt tot het bevestigen van vermoedens van somatische ziekten op basis van anamnestiche bevindingen.¹² **C**

Aanvullend onderzoek

Als er geen aanwijzingen zijn voor lichamelijk lijden, kan algemeen screenend bloedonderzoek (BSE, Hb, TSH, glucose) soms helpen om de patiënt gerust te stellen dat er geen ernstige lichamelijke kwaal speelt.²⁶ **C**

Specialistisch onderzoek

Als een depressie niet goed opklaart bij behandeling in de eerste lijn, is onderzoek door een psychiater zinvol, bijvoorbeeld in een consultatieproject, waarbij de behandeling in de eerste lijn blijft. Verwijzing naar een psychiater voor onderzoek en behandeling is aangewezen bij depressies die zeer ernstig zijn, psychotische kenmerken hebben (wanen, manische episoden), gepaard gaan met suïciderisico of met complexe comorbiditeit, bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek.

Literatuur

- 1 Spijker J, Bijl RV, De Graaf R, Nolen WA. Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:19-24.
- 2 UMDS MSc in General Practice Teaching Group. 'You're depressed'; 'No I'm not': GPs' and patients' different models of depression. *Br J Gen Pract* 1999;49:123-4.
- 3 Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-9.
- 4 Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:11-9.
- 5 Williams JW, Kerber CA, Mulrow CD, Medina A, Aguilar C. Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability, and identification. *J Gen Intern Med* 1995;10:7-12.
- 6 Penninx BWJH, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick E, Deeg DJH, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998;279:1720-6.
- 7 APA. DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- 8 DSM-IV Patiëntenzorg. Diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen voor de geneeskunde. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 9 Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001;323:948-9.
- 10 Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P, et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily

- functioning and disability. *Psychol Med* 1998;28:693-701.
- 11 Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M. The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: A naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract* 1998;48:1840-4.
 - 12 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, Sigling OH, Stolk J, Van Gelderen MG, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huisarts Wet* 1994;37:482-90.
 - 13 Moore DJ, Bona JR. Advances in the pathophysiology and treatment of psychiatric disorders: implications for internal medicine. Depression and dysthymia. *Med Clin North Am* 2001;85:631-44.
 - 14 Ballenger JC. Comorbidity of panic and depression: implications for clinical management. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13(Suppl 4):S13-7.
 - 15 Ormel J, Van den Brink W, Van der Meer K, Jenner J, Giel R. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:123-6.
 - 16 Van Weel-Baumgarten EM, Van den Bosch WJ, Van den Hoogen HJ, Zitman FG. The validity of the diagnosis of depression in general practice: Is using criteria for diagnosis as a routine the answer? *Br J Gen Pract* 2000;50:284-7.
 - 17 Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-95.
 - 18 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
 - 19 Van Marwijk HWJ, De Bock GH, Hermans J, Mulder JD, Springer MP. Prevalence of depression and clues to focus diagnosis. A study among Dutch general practice patients 65+ years of age. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:142-7.
 - 20 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
 - 21 Wyshak G, Barsky AJ. Relationship between patient self-ratings and physician ratings of general health, depression, and anxiety. *Arch Fam Med* 1994;3:419-24.
 - 22 Van Marwijk HW, Van der Linde J, Nolen WA, Van den Brink W, Springer MP. De 'Depressieherkenningschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:2127-31.
 - 23 Van Marwijk HW, Wallace P, De Bock GH, Hermans J, Kaptein AA, Mulder JD. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *Br J Gen Pract* 1995;45:195-9.
 - 24 Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med* 1998;7:451-61.
 - 25 Terluin B, Van Hout HP, Van Marwijk HW, Ader HJ, Van der Meer K, De Haan M, et al. Reliability and validity of the assessment of depression in general practice: the Short Depression Interview (SDI). *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:396-405.
 - 26 Dinant GJ, Van Wijk MAM, Janssens HIEM, Somford RG, De Jager CJ, Beusmans GHM, et al. NHG-Standaard Bloedonderzoek. Algemene principes en uitvoering in eigen beheer. *Huisarts Wet* 1994;37:202-11.

Inmiddels is verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002. ISBN 90-313-3759-5. In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit dit boek in bewerkte vorm geplaatst.

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, prestermaal 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*