

Indien iemand naar de tropen is geweest is het zinvol om parasitologisch onderzoek van de feces te verrichten. Eventueel kan dit nog een of twee keer worden herhaald als de uitslag negatief is.

Complex onderzoek

Indien de anamnese, het lichamelijk onderzoek en een beperkt aanvullend labonderzoek geen afwijkingen hebben opgeleverd, is nader onderzoek niet geïndiceerd.

Soms is de jeuk zo hevig en onbehandelbaar dat dit toch een reden voor verwijzing kan zijn. De aanvullende diagnostische mogelijkheden voor de specialist zijn beperkt bij patiënten die al op bovengenoemde oorzaken zijn gescreend.

Literatuur

- 1 Van Everdingen JJE, Sillevius Smitt JH, Starink ThM. Dermatovenerologie voor de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.
- 2 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Bussum: Coutinho, 1998.
- 3 Schmelz M. Itch – mediators and mechanism. J Dermatol Sci 2002;28:91-6.
- 4 Drzezgala A, Darsow U, Treede RD, Siebner H, Frisch M, Munz F. Central activation by histamine-induced itch: analogies to pain processing: a correlational analysis of O-15 H₂O positron emission tomography studies. Pain 2001;92:295-305.
- 5 Streit M, Von Felbert V, Braathen LR. Pruritus sine materia, Pathofysiologie, Abklärung und Therapie. Hautarzt 2002;53:830-49.
- 6 Bernhard JD. Itch. Mechanism and management of pruritus. New York: McGraw-Hill, 1994.
- 7 Mekkes JR. Diagnostiek en behandeling van jeuk. Bijblijven. Bohn Stafleu Van Loghum, 1995; II;10-6.
- 8 Neilly JB, Martin A, Simpson N, MacCuish AC. Pruritus in diabetes mellitus: investigation of prevalence and correlation with diabetes control. Diabetes Care 1986;9:273-5.
- 9 Szepietowski JC, Sikora M, Kusztal M, Salomon J, Magott M, Szepietowski T. Uremic pruritus: a clinical study of maintenance hemodialysis patients. J Dermatol 2002;29:621-7.
- 10 Glasova H, Beuers U. Extrahepatic manifestations of cholestasis. J Gastroenterol Hepatol 2002;17:938-48.
- 11 Diehn F, Tefferi A. Pruritus in polycythemia vera: prevalence, laboratory and management. Br J Haematol 2001;115:19-21.
- 12 Paul R, Jansen CT. Itch and malignancy prognosis in generalized pruritus: a 6-year follow-up of 125 patients. J Am Acad Dermatology 1987;16:1179-82.
- 13 Van der Linden PD, Van der Lei J, Vlug AE, Stricker BH. Skin reactions to antibacterial agents in general practice. J Clin Epidemiol 1998;51:703-8.
- 14 Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. Br J Dermatol 1990;123:769-74.
- 15 Persijn JP. Diagnostisch handboek 2002 voor de eerste lijn. Haarlem: Samenwerkende artsenlaboratoria, 2002.

Kleine kwalen

Zonneallergie

TAL Polman, JAH Eekhof, A Knuistingh Neven

Inleiding

Zonneallergie (dermatitis solaris) is een huidreactie met meestal een jeukende rode uitslag van de delen die aan de zon zijn blootgesteld, waaronder het halsgebied en de handen. In meer ernstige gevallen is er sprake van een urticariële huidreactie of vesikels die ook voorkomen op huidgebieden die niet aan de zon zijn blootgesteld. De huiduitslag ontstaat enkele uren (6-8 uur) na expositie aan zonlicht.

De klachten treden meestal op in het begin van de zomer en nemen bij gewenning geleidelijk af. De uitslag verdwijnt in de meeste gevallen spontaan na enkele dagen tot weken; er zijn geen restverschijnselen.

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuiskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen; mw. T.A.L. Polman, huisarts, Franeker.

Correspondentie: J.A.H.Eekhof@LUMC.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven

Zonneallergie komt vaak voor: bij 10-20% van de bevolking in Europa, en ongeveer driemaal vaker bij vrouwen dan bij mannen. In zonnige streken rond de evenaar komt de aandoening minder vaak voor. De eerste verschijnselen treden meestal op tussen het twintigste en veertigste levensjaar, bij mannen mogelijk wat later.¹

De incidentie van zonneallergie in de huisartsenpraktijk in Nederland (als onderdeel van ICPC S88 contacteczeem/ander eczeem) wordt geschat op 3,5 per 1000 patiënten.^{2,3}

Achtergrond

Definitie

Fotosensibiliteitsreacties zijn onder te verdelen in polymorfe lichtruptie (PLE), zonne-urticaria en fotoallergische reacties.^{4,5} In de meeste gevallen waarbij de patiënt spreekt van 'zonneallergie' is er sprake van een polymorfe lichtruptie.¹ Hierbij treedt meestal enkele uren na de (soms kortdurende) expositie aan zonlicht een jeukende polymorfe huiduitslag op. De uitslag kan enkele uren tot dagen aanhouden. De klachten beginnen vaak in de

lente en in de meeste gevallen wordt gedurende de zomermaanden zonexpositie steeds beter verdragen.

Een bijzondere fotosensibiliteitsreactie is de zonne-urticaria; deze komt kort (enkele minuten) na de blootstelling aan zon op en verdwijnt meestal ook weer snel (binnen een uur). Het is een zeldzame aandoening die meestal bij jonge vrouwen voorkomt. PLE moet onderscheiden worden van fotoallergische reacties. Hierbij wordt de huidreactie op zonlicht geïnitieerd door het gebruik van lokale middelen op de huid (onder andere cosmetica, zonnebrandmiddelen), orale medicatie (zoals doxycycline en andere antibiotica, diuretica en antihypertensiva). In dit artikel beperken we ons tot PLE: de meest voorkomende vorm van zonneallergie.

Etiologie

De huidreactie bij zonneallergie kan zowel door UV-A-straling (320-400 nm), UV-B-straling (280-320 nm) als door zichtbaar licht (400-800 nm) veroorzaakt worden, soms door een combinatie van golflengten. Voor individuele patiënten kan de veroorzakende golflengte van het licht variëren, maar meestal is UV-licht de oorzaak. Het exacte ontstaansmechanisme van PLE is niet geheel duidelijk. Waarschijnlijk gaat het om een hypersensitieve immunologische reactie van het delayed type (IV) waarbij de UV-geïnduceerde lokale immunosuppressie gestoord is.⁶

Diagnostiek

De huisarts vraagt naar zonexpositie, gebruik van bepaalde (genees)middelen of smeersels (zonnebrandcrèmes of cosmetica) op de huid.

Bij inspectie van de aangetaste huid – vooral de handen en armen – wordt een polymorf beeld gezien met rode papels en erytheem, ook wel een eczeemachtige droge huid en kleine vesikels. Uiteraard zijn de delen die aan de zon zijn blootgesteld het meest aangedaan. De uitslag komt veel vaker op de handen voor dan op het gelaat, waar de kindriehoek en de onderzijde van de wenkbrauwen meestal vrij zijn.

Veel gebruikte behandelingen

In de meeste gevallen kan de huisarts volstaan met het geven van informatie over het ontstaan van de aandoening en adviezen over preventie. Zo kunnen de klachten worden verminderd door blootstelling aan de zon (vooral tussen 11.00 en 15.00 uur) te vermijden, bedekkende kleding te dragen en zonnebrandcrèmes aan te brengen met een hoge beschermingsfactor. Vaak wordt het advies gegeven om gedurende de zomer de mate van zonexpositie geleidelijk op te bouwen.

Indien de patiënt toch behandeling van de jeuk wenst, worden vaak indifferente middelen, corticosteroïdcrèmes en antihistaminica voorgeschreven. Antihistaminica worden ook ter preventie voorgeschreven. In ernstige gevallen worden soms orale corticosteroïden gegeven. In klinische setting worden voor zeer hardnekkige PLE naast desensibilisatiebehandeling (met UV-A- en UV-B-straling) onder andere ook antimalariageenesmiddelen (chlorqui-

ne) en immunosuppressieve medicatie (zoals azathioprine) toegepast.

Methode

In december 2003 zochten we in de Cochrane Library en in Medline naar *systematic reviews* en *randomized controlled trials*. De trefwoorden waren: *dermatitis, photoallergic* [MeSH], *photosensitivity disorders* [MeSH] *polymorphic light eruption* [tw], *solar urticaria* [tw] of *sun allergy* [tw] in combinatie met *treatment* [tw].

Klinische vragen

Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandelingen?

Wij vonden geen onderzoek naar het effect van preventieve adviezen op het voorkomen van zonneallergie.

Patiënten met ernstige PLE kunnen poliklinisch profylactisch gedesensibiliseerd worden met UV-B- of UV-A-straling. Narrowband UV-B (NBUB 311 nm) en psoraleen met UV-A-straling (PUVA) zijn het meest effectief. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het fotocarcinogene effect, de kosten en de tijdsinvestering van een dergelijke preventieve behandeling.⁵

Wat is het effect van medicamenteuze behandelingen?

Indifferente middelen

Wij vonden geen onderzoek naar de werking van lokaal toegepaste indifferente middelen bij PLE. Een patiënt met jeuk zou bij lokale applicatie van lidocaïne (lidocaïnevaselinecrème 3% FNA) daar minder last van moeten krijgen. Wij vonden een klein onderzoek waarbij lokale applicatie van anaesthetica (lidocaïne en prilocaïne= EMLA®-crème) bij 20 proefpersonen met kunstmatig opgewekte jeuk effectiever was dan placebo.⁷ Ook voor de effectiviteit van vette crèmes bij PLE bestaat geen wetenschappelijke onderbouwing.

Corticosteroïden (lokaal en systemisch)

Gunstig effect. Bij huidandoeningen worden lokale corticosteroïden gebruikt vanwege hun anti-inflammatoire, antiprurigineuze, vasoconstrictieve en antimotische werking. De schade die door een ontsteking ontstaat, wordt zodoende beperkt en de barrièrefunctie van de huid hersteld. Wij vonden één klein placebocontroleerd onderzoek bij 7 patiënten naar de werking van lokale applicatie van corticosteroïden (betamethason) bij PLE. Bij patiënten die een desensibilisatiekuur ondergingen met UV-B-licht werd kort na de expositie aan UV-B de ene helft van de rug ingesmeerd met betamethason en de andere helft met de neutrale basiscrème. Bij één van de 7 patiënten ontwikkelde de rughelft die met steroïd werd ingesmeerd PLE tegenover 6 van de 7 rughelften die met placebocrème werden ingesmeerd.⁸

Wij vonden één klein dubbelblind placebocontroleerd onderzoek naar de werking van orale toediening van corticosteroïden bij PLE. Twintig patiënten die last van PLE hadden, kregen voor de vakantie voor 7 dagen blind prednisolon (25 mg 1 x daags) en een placebo mee. Ze kregen de instructie met medicatie te beginnen wanneer de klachten opkwamen. Wanneer de gestarte medi-

Gezocht: foto's van kleine kwalen

Voor het opzetten van een databank over kleine kwalen zoeken wij goed illustratiemateriaal. Op dit moment zoeken wij foto's van de klassieke kinderziekten (mazelen, exanthema subitum, waterpokken, bof, etcetera). Alle foto's over 'kleine kwalen' zijn zeer welkom.

Heeft u foto's of vragen, graag uw reactie naar Just Eekhof (071-527 53 18 of e-mail: J.A.H.Eekhof@LUMC.nl).

catie na 48 uur niet hielp, moesten zij overgaan op het andere middel. Totaal 10 patiënten begonnen met medicatie. Geen van de 5 patiënten die met prednisolon begonnen, stapte na 48 uur over op placebo en de jeuk was bij hen gemiddeld na 2,8 dagen en de *rasí* na 4,2 dagen weg. Twee patiënten die met placebo begonnen, bleven dit na 48 uur ook gebruiken; bij hen duurde de jeuk gemiddeld 5,4 dagen en de rash 7,8 dagen. Van de 3 patiënten die na 48 uur overstapten van placebo naar prednisolon worden geen verdere gegevens vermeld.¹⁰

Nadelig effect. In het onderzoek kreeg één van de vijf patiënten die oraal prednisolon gebruikte gastro-intestinale klachten en een sombere stemming.⁹

Antihistaminica

Gunstig effect. Antihistaminica verminderen symptomen die berusten op het vrijkomen van histamine zoals bij urticaria en andere dermatosen die berusten op allergie van het directe type (zoals pruritus) en zouden geen werking hebben bij immunologische reacties van het delayed type. Wij vonden ook geen onderzoek naar de werking van antihistaminica bij PLE. In een systematische review kon voor (het veelal veronderstelde) antiprurigineuze effect van antihistaminica weinig onderbouwing worden gevonden. Het effect van antihistaminica bij jeukende aandoeningen komt waarschijnlijk door sedatie.¹⁰

In een klein onderzoek bij zes patiënten met zonne-urticaria waren terfenadine (mg) en cetirizine (mg) even effectief in het verhogen van de drempel voor zonlichtgevoeligheid.¹¹

Zonwerende middelen

Het weren van zon is de belangrijkste handeling ter voorkoming van zonneallergie. Dit kan door zonwerende kleding te dragen en zonnebrandcrèmes te gebruiken. Bij zonnebrandcrèmes heeft de term *sun protection factor* (SPF) alleen betrekking op UV-B- en niet op UV-A-bescherming.

Gunstig effect. In een artikel werd het zonwerende effect van verschillende kledingstoffen vergeleken. Een zijden blouse had hierin een zonwerend effect overeenkomend met een SPF van 280, een katoenen blouse een SPF van 56, jersey T-shirts een SPF van 32 en polyester blouses een SPF variërend van 5 (open weefpatroon= crêpe) tot 500 (dicht weefpatroon= satijn).¹²

De belangrijkste stoffen die beschermen tegen UV-B-licht zijn: cinnamaten, para-aminobenzoëzuur (PABA) en benzofenonen. Dibenzoïlmethaanderivaten en kamferderivaten beschermen (ook) tegen UV-A-straling. In zonnebrandcrèmes worden ook middelen gebruikt die het zonlicht reflecteren, zoals titanium of zinkoxide.

Oude zonnebrandmiddelen werken alleen tegen UV-B. Een combinatie van avobenzon, kamfer en novantisol (Contralum Ultra[®]) is geregistreerd voor huidaandoeningen met zonlichtovergevoeligheid en beschermt ook tegen UV-A-straling. De factor die op zonnebrandcrèmes staat vermeld, geeft weer hoe lang iemand in de zon kan blijven. Na het aanbrengen van een laag crème met factor acht is dat acht keer zo lang als gebruikelijk. De hoeveelheid zon die de huid kan hebben, is afhankelijk van het type huid en de kracht van de zon.

Wij vonden één onderzoek waarbij bij 45 patiënten gedurende de zomermaanden een zonnebrandcrème (Uvistat Ultrablock[®] met een SPF van 30 voor zowel UV-B- als UV-A-straling) meekregen. Hun voorgeschiedenis van de afgelopen 5 jaar diende als controle. De zonnebrandcrème voorkwam PLE bij 90% totaal of gedeeltelijk. Van de deelnemers vond 88% dat met de zonnebrandcrème de PLE minder ernstig was dan in de voorgaande jaren.¹³

Nadelig effect. Voor een aantal bestanddelen in zonnebrandcrèmes komt overgevoeligheid voor die soms wordt uitgelokt door de combinatie met zonlicht. De moderne cosmetische zonnebrandcrèmes bevatten gelijkwaardige beschermingsfactoren en veroorzaken minder allergische reacties. Door de langere tijdsduur die in de (felle) zon kan worden doorgebracht met zonnebrandcrèmes met hoge factor zou ook weer de kans op het ontstaan van melanomen toenemen.¹⁴

Conclusie

Het vermijden van zonexpositie (vooral tussen 11.00 en 15.00 uur) en het dragen van beschermende kleding is het belangrijkste advies. Het preventief smeren van zonnebrandcrèmes met een hoge beschermingsfactor (met zowel een UV-B- als een UV-A-filter) leidt waarschijnlijk tot het minder optreden van zonneallergie. Het gebruik van zonnebrandcrèmes moet in ieder geval niet leiden tot een langer verblijf in de zon. Ook kan een zonnebrandcrème een allergische reactie opwekken. Bij een ernstige aanval kan de huisarts een stootkuur met prednison (7 dagen 25 mg dagelijks) geven. Naar de (preventieve) werking van antihistaminica bij zonneallergie is geen onderzoek gedaan. Patiënten met ernstige recidiverende klachten van zonneallergie kunnen naar de dermatoloog worden verwezen voor preventieve behandeling met PUVA of NBUVB.

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

Literatuur

- 1 Pao C, Norris PG, Corbett M, Hawk JL. Polymorphic light eruption: prevalence in Australia and England. *Br J Dermatol* 1994;130:62-4.
- 2 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodische gegevens uit de huisartspraktijk. Boek met cd-rom. Bussum: Coutinho, 1998.
- 3 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2000/2001. Leiden; LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeg-huisgeneeskunde, 2002.
- 4 Yashar SS, Lim HW. Classification and evaluation of photodermatoses. *Dermatol Ther* 2003;16:1-7.
- 5 Ling TC, Gibbs NK, Rhodes LE. Treatment of polymorphic light eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19:217-27.
- 6 Norris PG, Morris J, McGibbon DM, Chu AC, Hawk JL. Polymorphic light eruption: an immunopathological study of evolving lesions. *Br J Dermatol* 1989;120:173-83.
- 7 Shuttleworth D, Hill S, Marks R, Connelly DM. Relief of experimentally induced pruritus with a novel eutectic mixture of local anaesthetic agents. *Br J Dermatol* 1988;119:535-40.
- 8 Man I, Dawe RS, Ibbotson SH, Ferguson J. Is topical steroid effective in polymorphic light eruption. *Br J Dermatol* 2000;143(suppl 157):113.
- 9 Patel DC, Bellaney GJ, Seed PT, McGregor JM, Hawk JL. Efficacy of short-course oral prednisolone in polymorphic light eruption: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2000;143:828-31.
- 10 Klein PA, Clark RA. An evidence-based review of the efficacy of antihistamines in relieving pruritus in atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 1999;135:1522-5.
- 11 Bilslund D, Ferguson J. A comparison of cetirizine and terfenadine in the management of solar urticaria. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1991;8:62-4.
- 12 Robson J, Diffey BL. Textiles and sun protection. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 1990;7:32-4.
- 13 Proby CM, Baker CS, Morton O, Hawk JL. New broad-spectrum sunscreen for polymorphic light eruption. *Lancet* 1993;341:1347-8.
- 14 Autier P, Dore JF, Negrier S, Lienard D, Panizzon R, Lejeune FJ, et al. Sunscreen use and duration of sun exposure: a double-blind, randomized trial. *J Nat Cancer Inst* 1999;91:1304-9.

Richtlijnen voor auteurs

Richtlijnen voor auteurs

Op de site van H&W (www.henw.org) kunnen potentiële auteurs onze herziene richtlijnen vinden. De volledige richtlijnen zijn te lang om in H&W te publiceren. Hier vermelden we dus alleen onze wensen die mogelijk ook voor lezers interessant zijn.

Soorten artikelen

H&W onderscheidt verschillende soorten artikelen. Een onderverlag moet aan andere eisen voldoen dan een klinische les, en vanzelfsprekend is een commentaar iets anders dan een systematisch literatuuroverzicht.

Voor de onderzoeksverslagen hanteren we internationale richtlijnen zoals de CONSORT-richtlijnen voor *randomised controlled trials* en de STARD-richtlijnen voor diagnostisch onderzoek. Bij *literatuuronderzoek* hechten we veel waarde aan een duidelijke zoekstrategie en aan de methodologische beoordeling van de gevonden artikelen.

Onderzoek naar *kwaliteitsverbetering* past niet altijd in het vaste stramien van een onderzoeksartikel (Inleiding, Methoden, Resultaten en Beschuwing). In navolging van de BMJ hebben we daar dus al enige tijd een apart stramien voor. Een voorbeeld van zo'n implementatieartikel is het artikel van Van Duppen et al. over gedrags therapie (*H&W* 2003;46;259-62).

Commentaren – we schreven het al eerder – horen gefundeerd maar scherp en puntig te zijn. Een commentaar dat niets beweert, is vlees noch vis.

Artikelen in de rubriek *Discussie* zijn kort, maar wat langer dan een commentaar. Het gaat vooral om actuele onderwerpen waarover veel verschil van mening is. Ook voor *nascholingsartikelen* en *klinische lessen* vindt u in de richtlijnen uitgebreide aanwijzingen.

We publiceren met enige regelmaat artikelen die eerder in Engelstalige tijdschriften verschenen zijn. Als u een dergelijk arti-

kel wilt indienen is het verstandig daarover van tevoren te overleggen met de hoofdredacteur (j.zaata@nhg-nl.org). Ingezonden brieven mogen niet langer zijn dan 350 woorden. We houden ons het recht voor om langere brieven zonder overleg in te korten tot de essentie. Ingezonden brieven moeten binnen redelijke termijn ingestuurd worden.

Stijl

Wetenschappelijk en onderbouwd betekent niet dat een artikel saai en onleesbaar moet worden. Een artikel is vaak onleesbaar door het gebruik van passieve vormen, personificaties en ander afstandelijk taalgebruik. Er is vaak niets tegen het schrijven in de ik- of wij-vorm.

De rest van onze formele wensen (tabellen, figuren, literatuurverwijzingen) vindt u op de website.

Inzenden

We accepteren alleen nog maar elektronische versies per e-mail. Stuur uw bijdrage dus naar redactie@nhg-nl.org en stuur ook een elektronische brief mee waarin u uitlegt dat alle auteurs de versie hebben bekeken en dat uw bijdrage nog niet elders is gepubliceerd.

Ook ingezonden brieven kunt u per e-mail aanbieden.

Beoordeling

De redactiecommissie en externe adviseurs beoordelen de artikelen. De redactiecommissie van H&W is onafhankelijk van het NHG en beoordeelt artikelen uitsluitend op nieuwswaarde en wetenschappelijke houdbaarheid. De NHG-Standaarden, artikelen in *In de Praktijk* en het NHG-nieuws vallen wel onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Joost Zaat