

Pauline Dirven-Meijer, Kees de Kock, Marga Nonneman, Debby van Sleeuwen, Anne de Witt-de Jong, Jako Burgers, Wim Opstelten, Corlien de Vries

Belangrijkste wijzigingen

- Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en geeft ook richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van contacteczeem, acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem, hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem.
- Teerpreparaten worden niet meer aangeraden voor de behandeling van constitutioneel eczeem in de huisartsenpraktijk.

Kernboodschappen

- Bij de differentiaaldiagnostiek van eczeem speelt leeftijd een belangrijke rol.
- Indifferentie middelen, al dan niet in combinatie met lokale corticosteroiden, vormen de basis van de behandeling van eczeem.
- Bij matig eczeem voldoen meestal klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden.
- Bij ernstig eczeem heeft starten met een klasse-3-corticosteroid de voorkeur.
- Bij verbetering van het eczeem worden corticosteroiden afgebouwd, maar de indifferente middelen gecontinueerd.
- Lokale calcineurineremmers, zoals tacrolimus en pimecrolimus, worden voor behandeling van eczeem in de huisartsenpraktijk afgeraden.
- Wees bij ieder eczeem bij volwassenen alert op de invloed van of op beroeps- werkzaamheden.

INLEIDING

De NHG-Standaard Eczeem geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van constitutioneel eczeem, contacteczeem, acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem, hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem. Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem en de Farmacotherapeutische richtlijn Contacteczeem. De aanbevelingen in de standaard zijn afgestemd op de

richtlijn Constitutioneel eczeem en de richtlijn Contacteczeem van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) en de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen.¹ Omdat de incidentie en prevalentie van verschillende eczemen sterk zijn gerelateerd aan leeftijd, houdt de standaard in het diagnostische deel een leeftijdsindeling aan: tot vier jaar, van vier tot achttien jaar, en ouder dan achttien jaar. Bij jonge kinderen (arbitrair tot vier jaar) is constitutioneel eczeem het meestvoorkomende type eczeem in de huisartsenpraktijk. Andere bij jonge kinderen veelvoorkomende huidaandoeningen zijn seborroisch eczeem en luier-eczeem. Hiervoor wordt verwezen naar de FTR Seborroisch eczeem en de FTR Luierdermatitis. Bij oudere kinderen komen naast constitutioneel eczeem andere typen eczeem voor, zoals acrovesiculeus eczeem, nummulair eczeem en contacteczeem. Bij volwassenen is contacteczeem naast of in combinatie met constitutioneel eczeem het meestvoorkomende type eczeem. Hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem komen voornamelijk op oudere leeftijd voor.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Eczeem: een verzamelnaam voor jeukende, polymorfe huidaandoeningen met roodheid, oedeem, papels, blaasjes, korstjes, schilfers en/of lichenificatie,

als gevolg van een niet-infectieuze ontstekingsreactie van de huid, veroorzaakt door intrinsieke en/of omgevingsfactoren.²

Constitutioneel eczeem: eczemateuze huidaandoening op kenmerkende, leeftijdsafhankelijke plaatsen bij een droge huid en atopische constitutie.^{3,4}

Contacteczeem: eczemateuze huidaandoening veroorzaakt door huidcontact met bepaalde stoffen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in:

- **irritatief contacteczeem,** veroorzaakt door huidcontact met irriterende stoffen, zoals schoonmaakmiddelen; ook *luier-eczeem* is een voorbeeld van irritatief contacteczeem;
- **allergisch contacteczeem,** veroorzaakt door huidcontact met een allergeen waarvoor bij eerder contact sensibilisatie is opgetreden; een voorbeeld hiervan is nikkelallergie.⁵

Acrovesiculeus (dyshidrotisch) eczeem: eczemateuze huidaandoening aan de handpalmen, voetzolen en zijkanten van vingers en tenen, waarbij jeuk en blaasjes domineren.⁶

Nummulair eczeem: eczemateuze huidaandoening dat zich manifesteert met ronde ('nummulair', ter grootte van een munt), matig scherp begrensde plekken.

Hypostatisch eczeem: eczemateuze huidaandoening van de onderbenen, met vooral (nattende) roodheid, korstjes en schilfering bij chronische veneuze insufficiëntie.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd af-

wijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Dirven-Meijer PC, De Kock CA, Nonneman MGM, Van Sleeuwen D, De Witt-de Jong AWF, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. NHG-Standaard Eczeem. Huisarts Wet 2014;57(5):240-52.

Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem: Cleveringa JP, Dirven-Meijer PC, Hartvelt-Faber G, Nonneman MMG, Weisscher P, Boukes FS, NHG-Standaard Constitutioneel eczeem (eerste herziening). Huisarts Wet 2006;49(9):458-65.

Asteatotisch eczeem (eczema craquelé): droge huid met bleekrode barstjes, vooral op onderbenen van oudere patiënten.

Zie de afbeeldingen in [kader **Verschillende typen eczeem**].

Epidemiologie

Bij kinderen *jonger dan 4 jaar* komt constitutioneel eczeem verreweg het meest frequent voor.⁷ De prevalentie in de huisartsenpraktijk is bij kinderen < 1 jaar ongeveer 14%. In deze leeftijdsgroep is voor jongens de prevalentie hoger dan voor meisjes (respectievelijk 17 en 12%). Met het toenemen van de leeftijd daalt de prevalentie. Bij kinderen van 1 tot 4 jaar is de prevalentie ongeveer 8%.

Op de leeftijd *van 4 tot 18 jaar* is de prevalentie van constitutioneel eczeem ongeveer 3%. De prevalentie van irritatief contacteczeem bedraagt ook ongeveer 3%. Allergisch contacteczeem wordt in deze leeftijdsgroep zelden gezien. De overige eczemen die bij kinderen voorkomen (acrovesiculeus eczeem en nummulair eczeem) worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken.

Vanaf 18 jaar is de prevalentie van contacteczeem in de huisartsenpraktijk ongeveer 4%. Het betreft vooral irritatief contacteczeem en veel minder vaak allergisch contacteczeem. De prevalentie van constitutioneel eczeem is ruim 1%. De overige eczemen worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken. Bij verschillende beroepsgroepen komt werkgerelateerd irritatief of allergisch contacteczeem frequent voor, zoals bij kappers, schoonmakers, werknemers in de gezondheidszorg en metaalbewerkers.⁸ Vanaf de leeftijd (arbitrair) 50 jaar neemt de prevalentie van hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem toe.

Pathofysiologie en natuurlijk beloop

Constitutioneel eczeem

Kenmerkend voor constitutioneel eczeem zijn een aangeboren gestoorde barrièrefunctie van de huid, waardoor een droge huid ontstaat, en een IgE-gemedieerde sensibilisatie voor inhalatie- en voedselallergenen. De epidermis

van de aangedane huid is oedemateus met toegenomen perivasculaire infiltratie van lymfocyten, macrofagen en andere ontstekingscellen in de dermis. De precieze oorzaak van constitutioneel eczeem is onbekend. Meerdere factoren spelen een rol. Aanleg (constitutie) is een belangrijke factor. Het optreden en persisteren van constitutioneel eczeem op jonge leeftijd is geassocieerd met genetische defecten in het huidbarrière-eiwit filaggrine, waardoor de huid water minder goed kan vasthouden en sneller uitdroogt.⁹

Meer dan de helft van de kinderen met constitutioneel eczeem en een eerstegraadsfamilielid met een atopische aandoening heeft specifieke IgE-antistoffen tegen inhalatie- en voedselallergenen.^{10,11} De klinische betekenis hiervan is onduidelijk. Er is geen bewijs dat blootstelling aan of eliminatie van inhalatieallergenen het beloop van het eczeem beïnvloedt. Evenmin is er bewijs dat eliminatie van voedselallergenen het eczeem beïnvloedt, tenzij er sprake is van, overigens zeldzame, acute aller-

gische reacties op voedsel (zie de NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid).¹²

Een belangrijke beïnvloedende factor is het gebruik van water en zeep. Frequent gebruik hiervan verstoort de barrièrefunctie van de huid, waardoor de huid uitdroogt.

Constitutioneel eczeem begint meestal 3 tot 4 maanden na de geboorte. De meeste kinderen hebben mild eczeem.¹³ Op de leeftijd van 15 jaar heeft ongeveer 80% van de patiënten geen eczeem meer. Risicofactoren voor persistent eczeem zijn: begin voor de leeftijd van 1 jaar, ernstig eczeem op jonge leeftijd en aanwezigheid van astma. Van alle kinderen met ernstig constitutioneel eczeem krijgt op latere leeftijd ongeveer 30% astma en 15% allergische rinitis.¹⁴

De lokalisatie van het eczeem verandert met de leeftijd: bij kinderen onder de twee jaar zijn meestal het gelaat (het gebied rond de neus en mond blijft vrij) en de behaarde hoofdhuid aangedaan, soms met uitbreiding naar de romp en de strekzijde van de extremiteiten. Na

Abstract

Dirven-Meijer PC, De Kock CA, Nonneman MGM, Van Sleuwen D, De Witt-de Jong AWF, Burgers JS, Opstelten W, De Vries CJH. NHG Guideline Eczema. Huisarts Wet 2014;57(5):240-52.

The Dutch College of General Practitioners' Guideline Eczema gives recommendations for the diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults. It replaces the earlier guideline on atopic dermatitis. The revised guideline also covers the diagnosis and treatment of contact dermatitis, acrovesicular eczema, nummular eczema, hypostatic eczema, and asteatotic eczema.

The occurrence of the different types of eczema is age dependent. For example, the prevalence of atopic dermatitis is highest in children, whereas contact dermatitis mainly occurs in adults, as a result of daily activities or work, and hypostatic eczema typically occurs in the elderly, as a result of venous insufficiency. The diagnosis is based on the patient history and examination. Additional investigations seldom contribute to the diagnosis or treatment of eczema and are only recommended if food allergy or contact dermatitis is suspected.

Patient education is an important aspect of the management of eczema. Emollients, whether or not used in combination with topical corticosteroids, are the cornerstone of treatment. To optimize compliance, patient preference is the main determinant of the choice of emollient. Patients with moderate eczema can often be treated adequately with class 1 or 2 topical corticosteroids. In contrast, patients with severe eczema should be treated with a class 3 topical corticosteroid; however, these corticosteroids should not be applied to the face or skin folds.

If the response to treatment is good, the use of topical corticosteroids should be reduced while the use of emollients is continued. The guideline provides recommendations for the stepwise reduction in corticosteroid use and for follow-up. General practitioners should consider how the daily activities and work of patients are affected by eczema and provide specific advice for the different types of eczema.

If appropriate topical treatment has insufficient effect or the use of corticosteroids cannot be reduced, the patient should be referred for specialist treatment. If the treatment of suspected contact dermatitis or acrovesicular eczema does not have a satisfactory effect after 6 to 8 weeks, patients should be referred for investigation of potential contact allergens.

Kader Verschillende typen eczeem



Constitutioneel eczeem 1



Constitutioneel eczeem 2



Nummulair eczeem



Constitutioneel eczeem 3



Irritatief contacteczeem



Hypostatisch eczeem



Allergisch contacteczeem



Asteatotisch eczeem



Acrovesicleus eczeem

het tweede jaar zijn vooral de knieholten, elleboogplooien, polsen en enkels aangedaan.¹⁵ De ernst en de omvang kunnen sterk variëren, klachtenvrije periodes worden vaak afgewisseld met exacerbaties. Factoren die het eczeem kunnen verergeren zijn: zweten, warm of juist koud weer, textiel (ruwe vezels, zoals wol), ziekte, stress, schoonmaakmiddelen, zeep en shampoo.¹⁶

Contacteczeem

Irritatief contacteczeem ontstaat door dat lokaal irriterende stoffen de huid via directe inwerking beschadigen. Het ontstaan van irritatief contacteczeem hangt af van frequentie en duur van de blootstelling aan de irriterende stof en de barrièrefunctie van de huid. Hoewel er geen sensibilisatie plaatsvindt en er dus geen sprake is van een allergische reactie, leidt irritatief contacteczeem, door beschadiging van de huid en verstoorde huidbarrière, wel tot een verhoogd risico op sensibilisatie voor contactallergenen en op bacteriële huidinfecties. Voorkeurslokalisaties van contacteczeem zijn bij volwassenen de handen, voeten en het gelaat. Constitutioneel eczeem en atopie verhogen het risico op irritatief contacteczeem. Sommige plantensoorten (bereklaauw, wijnruit, bleekselderij) veroorzaken in combinatie met zonlicht huidreacties. Dit zijn toxische irritatieve reacties. Irritatief contacteczeem kan persisteren wanneer vermijding van contact met de irriterende stof onmogelijk is.

Allergisch contacteczeem ontstaat door een immunologische, vertraagde (type IV) overgevoeligheidsreactie bij contact met een allergeen waarvoor na eerder contact sensibilisatie is opgetreden. Reacties kunnen zich hematogeen over het lichaam verspreiden via gesensibiliseerde T-lymfocyten en worden strooireacties genoemd. Een strooireactie is een eczematieuze reactie op een huidafwijking elders. Ook een strooireactie op een dermatomycose (een ide-reactie of mykide) is een vorm van allergisch contacteczeem (zie de NHG-Standaard Dermatomycose).

Allergisch contacteczeem verdwijnt na vermijding van het oorzakelijke allergeen, maar kan snel recidiveren na

hernieuwd contact. De aanwezigheid van actief constitutioneel eczeem vergroot het risico op allergisch contacteczeem door beschadiging van de huid en verminderde barrièrefunctie.¹⁷

Een bijzondere vorm van allergisch contacteczeem is het *fotoallergisch contacteczeem*. Dit is een allergisch contacteczeem van de aan zonlicht blootgestelde huid waarbij ultraviolette straling leidt tot vorming van allergenen. Sommige geneesmiddelen zoals sulfonamiden, tetracyclines en fenothiazinen, parfumbestanddelen en zonnebrandcrèmes (UV-filters) kunnen een fotoallergisch contacteczeem induceren.¹⁸

Na consequent vermijden van de irriterende stof of het allergeen duurt het ongeveer vier tot zes weken totdat het contacteczeem verdwenen is. Bij aanwezigheid van constitutioneel eczeem duurt het herstel langer.¹⁹

Acrovesiculeus en nummulair eczeem

Deze kunnen beide een uiting zijn van constitutioneel of allergisch contacteczeem (ook als strooireactie bij een dermatomycose), maar vaak is de precieze oorzaak onduidelijk. Er is weinig bekend over het natuurlijke beloop van acrovesiculeus en nummulair eczeem.²⁰ Vaak worden bij deze eczemen klachtenvrije periodes afgewisseld met exacerbaties.

Hypostatisch en asteatotisch eczeem

Zowel hypostatisch eczeem als asteatotisch eczeem komen voornamelijk aan de onderbenen voor en zijn soms moeilijk van elkaar te differentiëren. Hypostatisch eczeem komt vaak voor bij veneuze insufficiëntie. Waarschijnlijk speelt het oedeem daarbij een rol, maar de precieze etiologie is onduidelijk. Daarnaast kan het dragen van therapeutisch-elastische kousen irritatie geven en is allergisch contacteczeem een mogelijke oorzaak.

Asteatotisch eczeem wordt veroorzaakt door uitwendige factoren, zoals een droge omgevingslucht in de winter en frequent wassen met zeep. Deze leiden tot een uitdroging van de huid met barsten van het stratum corneum. Er is weinig bekend over het natuurlijke be-

loop van hypostatisch en asteatotisch eczeem. Vaak worden bij deze eczemen klachtenvrije periodes afgewisseld met exacerbaties.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Omdat incidentie en prevalentie van de verschillende soorten eczeem sterk afhankelijk zijn van de leeftijd, is de leeftijd sturend bij het afnemen van de anamnese.

Vraag bij *alle patiënten* naar:

- begin en beloop van de huidklachten;
- lokalisatie van de huidafwijkingen, nu en tijdens eerdere episoden;
- hinder: jeuk, krabben, eventuele verstoring van de nachtrust van de patiënt en het gezin, hinder bij dagelijkse bezigheden;
- eerdere episoden van (constitutioneel) eczeem, beloop en (effect van) behandeling daarvan;
- beïnvloedende factoren, zoals baden, douchen, gebruik van zeep;
- gebruik van (zelf)medicatie.

Vraag eventueel naar:

- schaamte voor het eczeem, verminderd zelfvertrouwen, invloed op seksualiteit;
- ideeën van de patiënt, ouders/verzorgenden over behandeling met corticosteroiden.²¹

Leeftijd tot 4 jaar

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen op wangen, voorhoofd, de strekzijde van de extremiteiten bij kinderen < 2 jaar, in de elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen bij kinderen vanaf 2 jaar* (passend bij *constitutioneel eczeem*), vraag naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid;
- aanwijzingen voor (zelden voorkomende) voedselallergie, zoals het optreden van acute klachten van de huid (galbulten, *rash*), het maagdarmsletsel (zwelling en jeuk van mondslijmvlies en lippen, buikpijn en diarree), de luchtwegen (hoesten en piepen) of

bewustzijnsdaling na inname van bepaalde voedingsmiddelen.

Leeftijd van 4 tot 18 jaar

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen in elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek en/of, rond ogen* (passend bij constitutioneel eczeem), vraag dan naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid;
- aanwijzingen voor (zelden voorkomende) voedselallergie, zoals het optreden van acute klachten van de huid (galbulten, rash), het maagdarmsstelsel (zwelling en jeuk van mondslijmvlies en lippen, buikpijn en diarree), de luchtwegen (hoesten en piepen) of bewustzijnsdaling na inname van bepaalde voedingsmiddelen.

Indien sprake is van *jeukende blaasjes aan de vingers, tenen, handpalmen of voetzolen* (passend bij *acrovesiculeus eczeem*) of van *meerdere jeukende ronde plekken op de romp of extremiteiten* (passend bij *nummulair eczeem*), vraag dan naar:

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- dagelijkse bezigheden, hobby's, eventueel opleiding of werk;
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de handen, voeten en/of het gelaat* ontstaan na huidcontact met irriterende of mogelijk allergene stoffen (passend bij *contacteczeem*), vraag dan naar:

- dagelijkse bezigheden, hobby's, eventueel opleiding of werk (zoals werk met frequent watercontact);
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die aller-

gisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Leeftijd van 18 jaar en ouder

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de handen, voeten en/of het gelaat* ontstaan na huidcontact met irriterende of mogelijk allergene stoffen (passend bij *contacteczeem*), vraag dan naar:

- werk (zoals werk met frequent watercontact), dagelijkse bezigheden, hobby's, collega's met vergelijkbare huidklachten;²³
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in leer, cement), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen van elleboog- en knieholten, voorzijde enkels, nek, en/of rond de ogen* (passend bij constitutioneel eczeem), vraag dan naar:

- een droge huid;
- astma of allergische rinitis bij de patiënt of een eerstegraadsfamilielid;
- constitutioneel eczeem bij een eerstegraadsfamilielid.

Indien sprake is van *jeukende blaasjes aan de vingers, tenen, handpalmen en/of voetzolen* (aanwijzingen voor *acrovesiculeus eczeem*) of van *meerdere jeukende ronde plekken* passend bij *nummulair eczeem*), vraag dan naar:

- huidafwijkingen elders (dermatomycose);
- werk, dagelijkse bezigheden, hobby's, collega's met vergelijkbare klachten;
- huidcontact met metalen, zoals nikkel, chroom (in cement, leer), chemicaliën, parfumbestanddelen (zie [figuur 1] in de noot voor een overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken);²²
- (eerder) constitutioneel eczeem.

Indien sprake is van *jeukende huidafwijkingen aan de onderbenen* (passend bij *hypostatistisch eczeem* of *asteatotisch eczeem*), vraag dan naar:

- klachten van veneuze insufficiëntie, zoals oedeem aan de onderbenen, een vermoeid zwaar gevoel in de benen en varices;
- gebruik van therapeutische elastische kousen;
- andere klachten/aandoeningen van de huid (pijn, toenemende roodheid, koorts).

Lichamelijk onderzoek

Inspecteer de aangedane huid en palpeer de niet aangedane huid. Let daarbij op:

- lokalisatie (gelaat, behaarde hoofd, romp, extremiteiten, handen en voeten);
- aard van de huidafwijkingen: roodheid, oedeem, papels, krabeffecten, blaasjes, korstjes, schilfering, lichenificatie;
- aspect van de huidafwijking (nattend of droog);
- tekenen van infectie: nattend aspect met pustels, purulent exsudaat, gele korstjes;
- droge huid (ruw en droog aanvoelend).

Inspecteer bij afwijkingen aan de handen ook de voeten (strooireactie bij een dermatomycose). Let bij patiënten met eczeem aan de onderbenen op tekenen van chronische veneuze insufficiëntie (oedeem).

Voor bepaling van de ernst van constitutioneel eczeem kan de *Three-Item-Severity-score* als praktisch hulpmiddel gebruikt worden. Drie aspecten van constitutioneel eczeem (roodheid, oedeem/papels en krabeffecten) worden gescoord naar ernst (afwezig = 0, mild = 1, matig = 2, ernstig = 3) op een plaats waar het eczeem het duidelijkst is. Mild eczeem komt overeen met een TIS-score < 3, matig eczeem met een TIS-score ≥ 3 en < 6 en ernstig eczeem met een TIS-score ≥ 6. De JGZ-richtlijn Huidafwijkingen adviseert JGZ-artsen om kinderen met constitutioneel eczeem met een TIS-score ≥ 3 te verwijzen naar de huisarts voor behandeling met corticosteroiden.²⁴

Let bij patiënten met een donkere huid op een plaatselijk donkere verkleuring.²⁵ Door het pigment is de roodheid minder goed zichtbaar, waardoor het risico bestaat dat de mate van ernst wordt onderschat.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is zelden nodig. Bloedonderzoek (IgE-bepaling) heeft geen therapeutische consequenties voor constitutioneel eczeem of andere typen eczeem.¹⁰

In de volgende situaties kan gericht aanvullend onderzoek wel zinvol zijn:

- *bij vermoeden van voedselallergie*: verricht of verwijs voor voedselprovocatietoets (zie de NHG-Standaard Voedsel-overgevoeligheid);
- *bij vermoeden van allergisch contacteczeem*: aanvullend onderzoek naar mogelijke allergenen ('plakproeven'); dit vindt alleen plaats in de tweede lijn (zie Verwijzing).²⁶

Evaluatie

Eczeem wordt vaak veroorzaakt door een combinatie van factoren. Differentiatie tussen verschillende typen eczeem kan moeilijk zijn. Deze kunnen ook naast elkaar voorkomen. Dit geldt met name voor eczeem aan de handen. [Tabel 1] geeft een schematische samenvatting van de verschillende typen eczemen.

Stel op basis van anamnese en lichamenlijk onderzoek de volgende diagnoses:

Constitutioneel eczeem: wanneer er naast jeuk (hoofdkenmerk), ten minste 3 van de volgende kenmerken aanwezig zijn:³

- eczeem op de buigzijden van de extremiteiten (elleboog- en knieholten, voorzijde enkels), nek, rond de ogen of, bij kinderen < 4 jaar, op wangen, voorhoofd en/of strekzijde van de extremiteiten;
- klachten van een droge huid in het afgelopen jaar;
- een voorgeschiedenis van huidafwijkingen op de buigzijden van de extremiteiten (elleboog- en knieholten, voorzijde enkels), nek, rond de ogen of op de wangen, voorhoofd en/of strekzijde van de ledematen;
- astma of allergische rinitis, nu of in het verleden of bij een eerstegraadsfamilie-lid;

- begin van de aandoening onder de leeftijd van 2 jaar.

Geïmpetiginiseerd eczeem: bij nattend eczeem met aanwezigheid van pustels, purulent exsudaat en gele korstjes. Impetiginisatie komt voornamelijk voor bij constitutioneel eczeem.

Eczema herpeticum: bij snel uitbreidende papels en blaasjes met uitgebreid purulent exsudaat, ziek zijn, malaise en hoge koorts.²⁷

Irritatief contacteczeem: bij ontstaan en verergeren van eczeem op plaatsen van huidcontact met lokaal irriterende stoffen, vooral handen, voeten en gelaat.

Allergisch contacteczeem: bij ontstaan en verergeren van eczeem na huidcontact (handen, voeten, gelaat) met allergenen of als strooireactie bij huidafwijking elders op het lichaam. Zo nodig kan aanvullend onderzoek de diagnose bevestigen.

Acrovesiculeus eczeem: bij hevig jeukende blaasjes aan de handpalmen en voetzolen en zijanten van vingers en tenen zonder duidelijke onderliggende oorzaak.

Nummulaire eczeem: bij jeukende ronde matig scherp begrensde rode huidafwijkingen met blaasjes, papels en/of schilfers zonder duidelijk onderliggende oorzaak.

Hypostatisch eczeem: bij onscherp begrensde roodheid, oedeem en krabeffecten aan de onderbenen bij chronische veneuze insufficiëntie.

Asteatotisch eczeem: bij een droge huid met bleekrode barstjes in de hoornlaag, meestal aan de onderbenen bij ouderen.

Differentiaal diagnostisch zijn de volgende aandoeningen van belang:

- *seborroïsch eczeem*: meestal scherp begrensde roodheid met vette, gelige schilfering, vooral op plaatsen waar veel talgklieren aanwezig zijn; behaarde hoofdhuid, haargrens, nasolabiaal-plooien, bij jonge kinderen voornamelijk de behaarde hoofdhuid (zie de FTR Seborroïsch eczeem);
- *luiereczeem*: roodheid, schilfering, soms papels, vesikels, erosies in het luiergebied (zie de FTR Luierdermatitis);
- *dermatomycose*: zich centrifugaal uitbreidende, scherp begrensde roodheid met schilfering en randactiviteit,

met meestal centrale genezing in gelaat, hals, romp, extremiteiten; aan de voeten rode schilferende plek(ken) met blaasjes en pustels op voetzool en voetrand of maceratie en interdigitale kloofjes, vooral tussen vierde en vijfde teen (zie de NHG-Standaard Dermatomycose);

- *intertrigo door candida*: felrode nattende scherpbegrensde plekken met rand-schilfering, jeuk en, zeer specifiek, satellietvorming, 'eilandjes voor de kust' (zie de NHG-Standaard Dermatomycose);
- *psoriasis*: rode, scherp begrensde, verheven plekken met een zilvergrijze schilfering op de strekzijden van de knieën of ellebogen, het behaarde hoofd en de lumbosacrale regio (zie de NHG-Standaard Psoriasis);
- *tylotisch eczeem*: onscherp begrensde roodheid met schilfering en forse keratose, al dan niet met ragaden aan de handpalmen en voetzolen;²⁸
- *dermatitis perioralis*: branderige roodheid, papels en pustels rond de mond, waar bij een smalle zoom rond het lippenrood vrij blijft (zie de FTR Dermatitis perioralis);
- *rosacea*: symmetrische persisterende vlekkerige roodheid in het gelaat met teleangiëctasieën en recidiverende papels en papulopustels;
- *granuloma annulare*: niet-jeukende lichtrode gladde dermale papels en noduli, die kunnen samenvloeden tot ringvormige papuleuze of noduleuze huidafwijking met centrale genezing, vooral op vingers, handruggen, armen en voetruggen;
- *cellulitis*: onscherp begrensde glanzend rode, warm en gezwollen huid, soms bulleus (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties);
- *scabiës*: roodheid, jeuk, krabeffecten, 'gangetjes' tussen de vingers (zie de FTR Scabiës);
- *urticaria*: snel opkomende, voorbijgaande scherp begrensde erythemateuze zwellingen, die in grootte variëren van enkele millimeters tot centimeters en die meestal hevig jeuken of een branderig gevoel geven (zie de FTR Urticaria);
- *lichen sclerosus*: atrofie ('sigarettenpapier') en/of hyperkeratose, macroscopisch

herkenbaar als scherp begrensde, porseleinwitte glanzende plekken (zie de NHG-Standaard Lichen sclerosus).

Richtlijnen beleid

Voor het beleid wordt onderscheid gemaakt tussen een algemeen beleid dat bij alle typen eczeem van toepassing is en een specifiek beleid gericht op het type eczeem.

Algemeen beleid

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen
Geef de volgende uitleg en adviezen:

- leg uit dat eczeem niet vies of besmettelijk is;
- adviseer bij een droge huid altijd indifferente middelen te gebruiken;
- adviseer kort (richttijd 5 minuten), handwarm (37°C) en weinig frequent te baden/douchen (bij kinderen < 1 jaar 2 tot 3 keer per week),²⁹ weinig zeep te gebruiken en een droge huid daarna in te smeren met een indifferent middel. Overweeg ongeparfumeerde badolie te laten gebruiken;
- in aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over eczeem op de NHG-Publiekswaarschuwing www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Medicamenteuze behandeling

Indifferente middelen, al dan niet in combinatie met lokale corticosteroiden, vormen de basis van de behandeling van eczeem. Het gebruik van lokale calcineurineremmers wordt afgeraden voor behandeling van eczeem in de eerste lijn. Deze zijn niet effectiever dan corticosteroiden en de effecten van lokale immunosuppressie zijn op lange termijn onbekend.^{30,31} Teerpreparaten worden niet meer aanbevolen voor de behandeling van eczeem in de eerste lijn, wegens beperkt bewijs voor de effectiviteit en veiligheid.³²

Lokale behandeling met indifferente middelen

Gebruik van indifferente middelen verhoogt het vochtgehalte van de huid en

vermindert de jeuk en irritatie. De praktische adviezen berusten voornamelijk op ervaring. Het is onbekend welk middel het meest effectief is. De voorkeur van de patiënt speelt een belangrijke rol bij de keuze voor het indifferente middel.³³

Hierbij gelden de volgende aanbevelingen:

- geef elke patiënt onafhankelijk van de ernst van het eczeem voorlichting over het doel en gebruik van indifferente middelen;
- laat de patiënt verschillende indifferente middelen proberen (zie [tabel 2] voor een overzicht van preparaten); eerdere ervaringen van de patiënt bepalen mede de keuze;³⁴
- schrijf als de patiënt tevreden is over het indifferente middel (of een combinatie van indifferente middelen) meerdere tubes van 100 g voor;
- adviseer de zalf en/of (vet)crème 1 tot 2 keer per dag (afhankelijk van de droogte van de huid) te smeren. De frequentie en hoeveelheid van aanbrengen is in principe niet beperkt;
- adviseer bij gelijktijdig gebruik van lokale corticosteroiden de indifferente zalf en/of (vet)crème minimaal 1 uur na de corticosteroiden aan te brengen.³⁵

Lokale behandeling met corticosteroiden

Corticosteroiden onderdrukken de ontstekingsreactie en bestrijden de jeuk.³⁶ Deze middelen zijn ingedeeld in klassen van oplopende sterkte. Het is onduidelijk welk middel per klasse het meest effectief is. Bij de keuze wordt rekening gehouden met de kosten. [Tabel 3] bevat voorbeelden van goedkope generieke middelen. Overweeg bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem een duurder klasse-3-corticosteroid te gebruiken met een korte halfwaardetijd, zoals fluticasonpropionaat.³⁶ Klasse-4-corticosteroiden worden voor behandeling van eczeem in de eerste lijn ontraden.

Het doel van behandeling met corticosteroiden is een volledige remissie van het eczeem. Hierbij gelden de volgende aanbevelingen:

- bepaal de behandeling op grond van de

ernst van het eczeem, het effect van de behandeling en de frequentie waarin exacerbaties optreden (zie [tabel 4]); eerdere ervaringen van de patiënt bepalen mede de keuze;

- begin bij mild eczeem (TIS-score < 3) met indifferente middelen. Start bij matig eczeem (TIS-score ≥ 3 en < 6) met een klasse-1-corticosteroid en behandel vervolgens bij onvoldoende effect met een klasse-2-corticosteroid. Start bij ernstig eczeem (TIS-score ≥ 6) met een klasse-3-corticosteroid (niet in gelaat of lichaamsplooiën);³⁸
- kies bij nattend eczeem een corticosteroid op crèmebasis en kies bij droog eczeem een vette basis (zalf of vetcrème, zoals vaselinecrème);
- start met 2 maal daags aanbrengen van corticosteroiden (zie [tabel 4]) en verlaag de frequentie na 1 tot 2 weken altijd naar 1 maal daags;³⁹
- uitleg (mondelinge en schriftelijke instructie) over het smeren is belangrijk voor een optimaal effect. [Tabel 5] is een hulpmiddel voor de hoeveelheid te gebruiken zalf/crème per lichaamsdeel, uitgedrukt in het aantal vingertoeenheden (VTE). Een streepje zalf met de lengte van een vingertop (het distale wijsvingerkootje van een volwassene) is een VTE en komt ongeveer overeen met 0,5 g zalf (zie [figuur 2] en [tabel 5]);⁴⁰
- behandel eczeem met corticosteroiden totdat de roodheid, oedeem/papels en krabeffecten verdwenen zijn;
- houd bij langdurig gebruik rekening met de maximaal te gebruiken hoeveelheden per week (zie [tabel 6]);
- benadruk dat bijwerkingen van klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden zeldzaam zijn bij het geadviseerde beleid;
- klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden kunnen ook kortdurend (2 tot 3 weken) op de oogleden worden gebruikt, behalve bij oogandoeningen zoals glaucoom;⁴¹
- beperk dagelijks gebruik van klasse-3-corticosteroiden tot 2 à 3 weken; bij langdurig dagelijks gebruik is er kans op lokale bijwerkingen, zoals atrofie, teleangiëctasieën, hypopigmentatie en striae. Wanneer de corticosteroiden slechts enkele dagen per week voor langere tijd worden gebruikt (als *pulse-thera-*

Tabel 1 Kenmerken verschillende typen eczeem

Leeftijd en type eczeem	Lokalisatie	Kenmerken klinisch beeld, natuurlijk beloop	Differentiaaldiagnose
< 4 jaar			
Constitutioneel eczeem	< 2 jaar: wangen, voorhoofd, ('narcosekapje' vrij), strekzijden extremiteiten vanaf 2 jaar: knie- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond de ogen	■ vanaf 3 tot 4 maanden na geboorte ■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren zoals warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ 80% heeft op 15-jarige leeftijd geen klachten meer ■ bij ernstig eczeem: ontwikkelt ongeveer 30% later astma, 15% allergische rinitis	■ seborroïsch eczeem ('berg') ■ luiereczem ■ intertrigo door candida ■ geïmpetiginiseerd constitutioneel eczeem
4 tot 18 jaar			
Constitutioneel eczeem	kníe- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen	■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren zoals warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ verhoogd risico op irritatief eczeem ■ vaak spontane remissie op oudere leeftijd	■ geïmpetiginiseerd constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ allergisch contacteczem
Acrovesiculeus eczeem	zijanten vingers, tenen, handpalmen en voetzolen	■ krabeffecten ■ blaasjes (of kleine erosies) domineren	■ strooïreactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ allergisch contacteczem ■ scabiës
Nummulair eczeem	romp, extremiteiten	■ krabeffecten ■ ronde huidafwijkingen	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ dermatomycose ■ psoriasis ■ granuloma annulare
Irritatief contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met irriterende stof (meestal handen, voeten, gelaat)	■ jeuk minder dominant ■ beloop afhankelijk van huidcontact met irriterende stof (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ dermatitis perioralis
Allergisch contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met allergeen (meestal handen, voeten of gelaat) of strooïreactie	■ beloop afhankelijk van huidcontact met allergeen (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ strooïreactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ dermatomycose ■ dermatitis perioralis ■ urticaria
≥ 18 jaar			
Irritatief contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met irriterende stof (meestal handen, voeten of gelaat)	■ jeuk minder dominant ■ beloop afhankelijk van huidcontact met irriterende stof (dagelijkse bezigheden/beroep)	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczem ■ tyloïsch eczeem ■ dermatitis perioralis
Allergisch contacteczem	afhankelijk van lokalisatie huidcontact met allergeen (meestal handen, voeten of gelaat) of strooïreactie	■ beloop afhankelijk van huidcontact met allergeen (dagelijkse bezigheden/eventueel beroep)	■ strooïreactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ irritatief contacteczem ■ dermatomycose ■ dermatitis perioralis ■ urticaria
Constitutioneel eczeem	kníe- en elleboogholtes, voorzijde enkels, nek en/of rond ogen	■ krabeffecten ■ droge huid ■ atopische constitutie ■ invloed van externe factoren als warmte, seizoen, baden/douchen, stress ■ verhoogd risico op irritatief eczeem	■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ irritatief contacteczem ■ allergisch contacteczem ■ rosacea
Acrovesiculeus eczeem	zijanten vingers, tenen, handpalmen en voetzolen	■ krabeffecten ■ blaasjes (of kleine erosies) domineren	■ strooïreactie bij dermatomycose ■ constitutioneel eczeem ■ allergisch contacteczem ■ tyloïsch eczeem ■ scabiës

Nummulair eczeem	romp, extremiteiten	■ krabeffecten ■ ronde huidafwijkingen	■ constitutioneel eczeem ■ geïmpetiginiseerd eczeem ■ allergisch contacteczeem ■ dermatomycose ■ psoriasis ■ granuloma annulare
Hypostatisch eczeem	onderbenen	■ (nattende) roodheid ■ oedeem ■ krabeffecten ■ vooral bij chronische veneuze insufficiëntie	■ asteatotisch eczeem ■ cellulitis ■ allergisch contacteczeem
Asteatotisch eczeem	(vooral) onderbenen	■ droge huid, bleekrode barstjes ■ oudere patiënten ■ invloed van externe factoren zoals seizoen en baden/douchen	■ hypostatisch eczeem ■ cellulitis

pie), treden deze bijwerkingen zelden op;

- overweeg bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem een klasse-3-preparaat te gebruiken met een korte halfwaardetijd, zoals fluticasonpropionaat;³⁶
- tijdens de zwangerschap is gebruik van klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden veilig (zie ook de NHG-Standaard Zwangerschap en Kraamperiode).⁴²

Specifiek beleid

Constitutioneel eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen⁴⁴

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak*: de precieze oorzaak is onbekend. Aanleg (constitutie) en omgevingsfactoren spelen een rol;
- *beloop*: ongeveer 80% van de kinderen heeft op de leeftijd van 15 jaar geen klachten meer. Indien het eczeem in het eerste levensjaar begint, ernstig is op jonge leeftijd of bij aanwezigheid van astma, is het risico op aanhoudend eczeem verhoogd. Van alle kinderen met ernstig constitutioneel eczeem krijgt ongeveer 30% op latere

leeftijd astma en 15% allergische rhinitis. Klachtenvrije periodes worden vaak afgewisseld met exacerbaties;

- *bloedonderzoek en eliminatie allergenen*: bloedonderzoek (IgE-bepaling) heeft geen consequenties voor de diagnose en behandeling. Eliminatie van huisstofmijt heeft geen duidelijke invloed op constitutioneel eczeem en wordt ontraden. Voedselallergie is meestal geen oorzaak van constitutioneel eczeem. Ontraad experimenteren met eliminatiediëten, ook tijdens de lactatieperiode;⁴⁵
- *belang van indifferente middelen*: gebruik van indifferente middelen verhoogt de vochtigheid van de huid en vermindert de jeuk en irritatie, ook als het eczeem rustig is;
- *risicofactoren voor exacerbaties*: warmte, synthetische of wollen kleding en ook ontvettende stoffen zoals zeep en shampoo kunnen de huid prikkelen of uitdrogen en de klachten doen verergeren. Door intercurrente (infectie) ziekten kan het eczeem opvlammen. De seizoenen kunnen een wisselende invloed hebben: bij sommigen verergert het eczeem in de winter, bij anderen juist in de zomer. Stress kan een rol spelen;
- *krabben*: jeuk geeft aanleiding tot krabben, waardoor het eczeem verergert. Huidbeschadiging door krabben kan

worden tegengegaan door de nagels kort te houden en door het kind eventueel handschoentjes of wantjes te laten dragen. Overweeg bij uitgebreid matig of ernstig eczeem een verbandpak voor te schrijven;⁴⁶

- *psychosociale gevolgen*: huidcontact is belangrijk voor de ontwikkeling van een kind. Bij oudere kinderen en volwassenen wordt aandacht besteed aan de gevoelens die met het eczeem gepaard kunnen gaan, zoals schaamte, angst en verminderd zelfvertrouwen. Ga ook in op de gevolgen hiervan voor het sociaal functioneren;
- *werk*: bij hinder van het eczeem op het werk is het verstandig om contact op te nemen met de bedrijfsarts (indien aanwezig) voor preventieve maatregelen. Ook bij geïnfecteerd eczeem en werkzaamheden in de zorg of voedingsmiddelenindustrie is contact met de bedrijfsarts aangewezen voor eventuele aanpassing van de werkzaamheden om verspreiding te voorkomen (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties);
- *patiëntenvereniging*: de patiëntenvereniging Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE) kan patiënten met (chronisch) eczeem ondersteunen in het omgaan met hun aandoening.⁴⁷

Tabel 2 Indifferente middelen (in oplopende vethoudendheid)

Basis	Preparaat
Crème	cetomacrogolcrème lanettecrème
Vetcrème	vaselinecetomacrogolcrème vaselinelanettecrème
Zalf	koelzalf (= unguentum leniens) cetomacrogolzalf lanettezalf paraffine/vaseline in gelijke delen

Tabel 3 Voorbeelden corticosteroiden per klasse³⁷

Sterkte	Middel	Basis
Klasse 1	hydrocortisonacetaat 1%	zalf/vaselinecrème/crème
Klasse 2	triamcinolonacetonide 0,1%	zalf/vaselinecrème/crème
Klasse 3	betamethasonvaleraat 0,1%	zalf/crème

Tabel 4 Lokale behandeling van eczeem

Ernst	Behandeling ^{38,39}
mild eczeem (lichte roodheid, weinig tot geen oedeem of krabeffecten) TIS-score < 3	Start <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags en na douchen of baden. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ continueer <i>indifferent middel</i> , minimaal 1 maal daags en na douchen of baden; zo nodig vaker. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ continueer bij goede terapietrouw met een <i>vetter preparaat</i> of zie beleid bij <i>matig eczeem</i> .
matig eczeem (matige roodheid, licht oedeem en krabeffecten) TIS-score ≥ 3 en < 6	Start <i>klasse-1-corticosteroid</i> 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ <i>klasse-1-corticosteroid</i> 1 maal daags; ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ continueer de indifferente therapie. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ bij goede terapietrouw zie beleid bij <i>klasse-2-corticosteroid</i> . <i>Klasse-2-corticosteroid</i> 1 tot 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ continueer <i>klasse-2-corticosteroid</i> 1 maal daags; ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ continueer de indifferente therapie; ■ evalueer (eventueel telefonisch) bij afbouwen na 2 tot 3 weken en na 6 weken en behandel een eventueel recidief op basis van de ernst. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga mogelijke oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ bij goede terapietrouw zie beleid bij <i>ernstig eczeem</i> of verwijs indien afbouwen van <i>klasse-2-corticosteroiden</i> niet lukt bij eczeem in gelaat of lichaamsplooiën.
ernstig eczeem (forse roodheid, oedeem/papels en duidelijke krabeffecten) TIS-score ≥ 6	Start <i>klasse-3-corticosteroid</i> (niet in gelaat of lichaamsplooiën) 1 tot 2 maal daags en <i>indifferent middel</i> 1 tot 2 maal daags. ■ evalueer het effect van (aanpassing van) behandeling na 1 tot 2 weken: <i>bij verbetering:</i> ■ bouw af door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ of behandel als bij <i>matig eczeem</i> ; ■ continueer de indifferente therapie; ■ evalueer bij afbouwen na 2 tot 3 weken en na 6 weken en behandel een eventueel recidief op basis van de ernst. <i>bij onvoldoende effect:</i> ■ ga onderliggende oorzaken na (therapietrouw, beïnvloedende factoren) en continueer de behandeling voor 1 week bij onvoldoende terapietrouw; ■ continueer bij goede terapietrouw <i>klasse-3-corticosteroid</i> maximaal 1 maal daags en evalueer wekelijks; ■ bouw altijd af na 2 tot 3 weken door steeds meer opeenvolgende dagen te staken (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot); ⁴³ ■ verwijs indien afbouwen van <i>corticosteroiden</i> niet lukt.
frequente recidieven	■ overweeg bij frequente recidieven preventieve <i>pulse-therapie</i> met <i>klasse-2-corticosteroid</i> 1 maal daags gedurende 2 tot 4 opeenvolgende dagen per week, naast dagelijks gebruik van een <i>indifferent middel</i> of verwijs. ⁴⁹

*Medicamenteuze behandeling**Lokale behandeling*

Huidverzorging met indifferente middelen is de basis van de behandeling, ook als het eczeem rustig is. Geef zo nodig (bij jeuk en tekenen van ontsteking) corticosteroiden conform het stappenplan in [tabel 4].

Behandeling met sederende antihistaminica

Er is onvoldoende bewijs voor een gunstig effect van niet-sederende antihistaminica op jeuk bij constitutioneel

eczeem. Overweeg uitsluitend bij verstoring van de nachtrust door hevige jeuk, kortdurend (maximaal 1 tot 2 weken) en alleen voor de nacht, een sederend antihistaminicum voor te schrijven of verwijs. Zie noot voor de middelen en doseringen.⁴⁸

Behandeling bij recidief of exacerbatie

Ga eventuele oorzaken na (therapietrouw bij gebruik van indifferente middelen en eventueel corticosteroiden, beïnvloedende factoren). Hervat het gebruik van

corticosteroiden volgens de adviezen in [tabel 4]. Overweeg afspraken te maken met de patiënt over het zelfstandig aanpassen van de lokale behandeling bij een exacerbatie. De afbouwschema's zijn te gebruiken als leidraad voor de behandeling (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot).⁴³

Behandeling bij frequente recidieven van matig tot ernstig eczeem

Overweeg preventieve behandeling met *klasse-2-corticosteroiden* op 2 tot 4

Figuur 2 Vingertopeenheid (VTE)

achtereenvolgende dagen van de week (*pulse-therapie*), naast dagelijks gebruik van een indifferent middel.⁴⁹ De afbouwschema's zijn te gebruiken als leidraad voor de behandeling (zie voor afbouwschema [tabel 10] en [tabel 11] in de noot).⁴³ Of verwijst (zie *Verwijzing*).

Behandeling van geïnfecteerd eczeem

Bij de aanwezigheid van pustels, purulent exsudaat en gele korstjes is er sprake van geïnfecteerd eczeem, ook wel geïmpetiginiseerd eczeem genoemd. De verwekker is doorgaans *Staphylococcus aureus*. De infectie kan het eczeem verergeren. Door het eczeem goed te behandelen, neemt de kolonisatie met *Staphylococcus aureus* af en kan de infectie overgaan.⁵⁰ Behandel als volgt:

- intensiver bij lokaal beperkte impetiginisatie van eczeem de behandeling gedurende een week conform [tabel 4];
- wanneer na een week onvoldoende verbetering is opgetreden, schrijf dan fusidinezuurcrème driemaal daags gedurende een week voor (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties), waarbij de behandeling met corticosteroiden en een indifferent middel

conform [tabel 4] wordt gecontinueerd;

- overweeg behandeling met orale antibiotica bij uitgebreide impetiginisatie of persisterende afwijkingen ondanks lokale behandeling (zie de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties), waarbij de behandeling met corticosteroiden en een indifferent middel conform [tabel 4] wordt gecontinueerd.

Contacteczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak en beloop*: contacteczeem wordt veroorzaakt door contact met stoffen die de huid irriteren (bij irritatief contacteczeem) of stoffen die een allergische reactie veroorzaken op de contactplaats of elders op het lichaam (bij allergisch contacteczeem). Bij vermijding van de irriterende stof of het allergeen duurt het ongeveer vier tot zes weken totdat het eczeem verdwenen is. Bij hernieuwde blootstelling kan het eczeem recidiveren; constitutioneel eczeem vergroot het risico op irritatief eczeem;
- *vermijden expositie*: de basis van de behandeling is het vermijden van irriterende stoffen en allergenen;
- *belang van indifferente middelen*: bij irritatief eczeem vermindert gebruik van indifferente middelen de jeuk en irritatie. Het is vooral belangrijk deze te gebruiken na het wassen;
- *geen zeep*: bij irritatief contacteczeem aan de handen is het belangrijk om deze te wassen met water zonder zeep of eventueel met een handalcohol. Bij nat werk is het zinvol om wegwerpvijlhandschoenen te dragen;⁵¹

- *werk*: bij werkgerelateerd contacteczeem is het belangrijk om contact op te nemen met de bedrijfsarts voor preventieve maatregelen.⁵²

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij contacteczeem is als volgt:

- Bij *irritatief contacteczeem*:
 - start met indifferente middelen, (minimaal) 2 maal daags en na (handen) wassen;
 - overweeg kortdurende behandeling met een klasse-1- of klasse-2-corticosteroid [tabel 4].
- Bij *allergisch contacteczeem*:
 - volg het beleid conform [tabel 4], schrijf bij lokalisatie op de behaarde hoofdhuid zo nodig een corticosteroid als lotion voor;
 - bij een eenmalige reactie kan onderhoudsbehandeling met indifferente middelen achterwege gelaten worden.

Acrovesiculeus eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- *oorzaak*: naast een strooireactie bij een dermatomycose, zijn constitutioneel eczeem en allergisch contacteczeem of een combinatie van beide mogelijke onderliggende oorzaken. Vaak blijft de precieze oorzaak onduidelijk;
- *beloop*: afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan acrovesiculeus eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij acrovesiculeus eczeem is als volgt:

- bij afwezigheid van aanwijzingen voor een dermatomycose: volg het beleid conform [tabel 4];⁵³

Tabel 5 Overzicht gebruik vingertoppen zalf bij kinderen en volwassenen

Leeftijd	Aantal vingertopeenheden* per keer smeren					
	hoofd en hals	arm en hand	been en voet	romp (voorzijde)	rug en billen	gehele lichaam
3-12 mnd	1	1	1,5	1	1,5	8,5
1-2 jaar	1,5	1,5	2	2	3	13,5
3-5 jaar	1,5	2	3	3	3,5	18
6-10 jaar	2	2,5	4,5	3,5	5	24,5
> 10 jaar	2,5	4 (alleen hand: 1)	8 (alleen voet: 2)	7	7	40,5†

* een vingertopeenheid komt ongeveer overeen met 0,5 g.

† komt overeen met 140 g zalf per week bij 1 dd smeren.

- bij aanwijzingen zijn voor een dermatomycose; behandel conform de NHG-Standaard Dermatomycosen.

Nummulair eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** constitutioneel eczeem en allergisch contacteczeem of een combinatie van beide zijn mogelijke onderliggende oorzaken. Vaak blijft de precieze oorzaak echter onduidelijk;
- **beloop:** afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan nummulair eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij nummulair eczeem is als volgt:

- volg het beleid conform [tabel 4].

Hypostatisch eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** hypostatisch eczeem kan veroorzaakt worden door veneuze insufficiëntie, door uitdroging van de huid, door irritatie van een elastische kous en (zelden) door allergisch contacteczeem;
- **beloop:** afhankelijk van de onderliggende oorzaak kan hypostatisch eczeem een chronisch beloop hebben.

Medicamenteuze behandeling

Het medicamenteuze beleid bij hypostatisch eczeem is als volgt:

- indifferente (vet)crème gedurende de nacht; resten van indifferente middelen kunnen de levensduur van de kousen nadelig beïnvloeden;
- bij veel jeuk en roodheid: kortdurende

behandeling met een klasse-1- of klasse-2-corticosteroïd [tabel 4];⁵⁴

- zie voor de behandeling van chronische veneuze insufficiëntie de NHG-Standaard Varices.

Asteatotisch eczeem

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Besteed aandacht aan de volgende punten:

- **oorzaak:** asteatotisch eczeem wordt veroorzaakt door uitwendige factoren zoals een droge lucht (in de winter) en frequent wassen met water en zeep;
- **beloop:** bij hernieuwde blootstelling aan de genoemde uitwendige factoren kan asteatotisch eczeem recidiveren.

Medicamenteuze behandeling

- Volg het beleid conform [tabel 4].

CONTROLE EN VERWIJZING

Controles

Met betrekking tot het controleren van patiënten gelden de volgende aanbevelingen:

- evalueer het effect van de behandeling bij alle vormen van eczeem na één tot twee weken;⁵⁵
- adviseer de patiënt terug te komen bij verergering of exacerbatie van het eczeem;
- controleer patiënten ten minste jaarlijks bij chronisch gebruik van lokale middelen.

Verwijzing en samenwerking

Overweeg verwijzing naar een dermatoloog:

- bij onvoldoende reactie op de behandeling of wanneer het niet lukt om corticosteroïden af te bouwen; overweeg bij kinderen (bijvoorbeeld bij aanwezigheid van andere atopische aandoeningen) verwijzing naar een kinderarts;

- bij (allergisch of irritatief) contacteczeem en acrovesiculeus eczeem als de behandeling na zes tot acht weken geen effect heeft; aanvullende diagnostiek (plakproeven) is dan geïndiceerd.⁵⁶

JGZ-artsen: JGZ-artsen zien veel jonge kinderen met constitutioneel eczeem. In de richtlijn Huidafwijkingen wordt gebruik van de Three-Item-Severity (TIS)-score aanbevolen voor het bepalen van de ernst van het eczeem. Bij een score van 3 of hoger (matig tot ernstig eczeem) is het advies te verwijzen naar de huisarts voor behandeling met corticosteroïden.²⁴

Bedrijfsartsen: bij hinder van het eczeem bij beroepswerkzaamheden is het verstandig om contact op te (laten) nemen met de bedrijfsarts voor preventieve maatregelen. Het is de taak van een bedrijfsarts om zowel aan de werkgever als aan de patiënt advies te geven over reductie van belasting door huidirriterende factoren op het werk. Indien de bedrijfsarts verwijzing naar een dermatoloog voor aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk acht, verwijst de bedrijfsarts naar de dermatoloog.⁵² Ook bij geïnfecteerd eczeem bij werknemers in de zorg of voedingsmiddelenindustrie is contact met de bedrijfsarts aangewezen.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek NHG-Standaard.

Tabel 6 Maximaal toe te passen hoeveelheid corticosteroïden per week bij langdurig gebruik*

Leeftijdsgroep	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3
< 2 jaar	30 g	30 g	uitsluitend kortdurend bij ernstig eczeem
2-18 jaar	60 g	60 g	50 g
volwassenen	geen beperking	100 g	100 g

*gebruik klasse-2- en klasse-3-preparaten niet langer dan 2 tot 3 weken dagelijks.

Totstandkoming

In juni 2011 startte een werkgroep met het maken van de NHG-Standaard Contacteczeem. De werkgroep bestond uit de volgende leden: A.W.F. de Witt-de Jong, huisarts te Den Haag; D. van Sleuwen, huisarts te De Meern; A.M. Sprengers, huisarts (werkgroeplid tot september 2012) te Utrecht en C.A. de Kock, huisarts te Deurne. Mede op advies van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) werd besloten de NHG-Standaard Contacteczeem om te vormen naar de NHG-Standaard Eczeem. Vervolgens werd in september 2012 de werkgroep uitgebreid met P.C. Dirven-Meijer, huisarts te Renswoude en M.M.G. Nonneman, specialist ouderengeneeskunde Stichting Groenhuisen.

De begeleiding van de werkgroep en de redactie was in handen van C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker. Dr. W. Opstelten was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn, apotheker, als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd, allen van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. F. Jonkers was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie.

Patiëntenparticipatie: er is een gesprek geweest met de patiëntenvereniging Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE), waarin ervaren knelpunten vanuit het patiëntenperspectief zijn geïnventariseerd. De VMCE heeft ook commentaar geleverd op de conceptversie van de standaard.

Samenwerking: in parallelle trajecten met de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) werd de richtlijn

Constitutioneel eczeem herzien (*herziening in maart 2014 in afrondende fase*) en is de richtlijn Contacteczeem ontwikkeld, deze tevens in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). C.J.H. de Vries, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, participeerde namens het NHG in beide werkgroepen. P.C. Dirven-Meijer was lid van de adviesgroep van de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen.

In augustus 2013 werd de standaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door tien huisartsen, van wie twee aios, onder leiding van M. Ballieux, senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde UMC Groningen; dr. S. Koning, huisarts te Vlaardingen; A.M. Sprengers, huisarts te Utrecht; dr. P. Leusink, huisarts te Gouda en seksuoloog Groene Hart Ziekenhuis Gouda; dr. F.H.W. Jungbauer, bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundige namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); prof.dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, dr. M.S. de Bruin-Weller, prof.dr. A.P. Oranje, prof.dr. S.G.M.A. Pasmans, dr. Th. Rustemeijer en dr. R.A. Tupker, allen dermatoloog en lid van de domeingroep AllergieEczeem, namens de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Prof.dr. S.G.M.A. Pasmans is tevens lid van de domeingroep Kinderdermatologie; dr. M. Kamphuis, jeugdarts namens de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN); Y.M. Roosen, dr. I. Terree-

horst, M.L. Brouwer, dr. E.H.G. van Leer en Y.C.M. Duijvestijn, allen kinderarts namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK); D. Dost, apotheker KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; M.K. Schutte apotheker, adviseur Geneesmiddelenzorg namens het College voor Zorgverzekeringen (CvZ); J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie Nefarma; M. Favié, voorzitter Bogin; G. Saleminck, arts Maatschappij en Gezondheid/medisch adviseur namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

W. Willems en J. van Dongen, huisartsen, hebben namens de NAS tijdens de commentaaronderzoek beoordeeld of de standaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In november 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

Prof.dr. W. Bergman, dermatoloog, stelde de foto's in de standaard ter beschikking.

Op de NHG-website (www.nhg.org) staat bij de webversie van deze standaard de zoekstrategie beschreven die de werkgroep volgde bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur ten behoeve van de herziening van de standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

NOTEN

1 Richtlijnen

De NHG-Standaard Eczeem werd ontwikkeld gelijktijdig met en in aansluiting op de NVDV-richtlijnen Constitutioneel eczeem [NVDV 2006, in herziening] en Contacteczeem [NVDV 2013].

2 Definitie eczeem

Eczeem wordt morfologisch gekenmerkt door polymorfie, onscherpe begrenzing (een geleidelijke overgang van een actieve laesie naar gezonde huid) en jeuk (variërend van licht tot hevig). Ook wordt soms de term dermatitis gebruikt, vooral in de Engelstalige literatuur, omdat het een (niet-infectieuze) ontsteking van de dermis betreft. Eczeem kan worden veroorzaakt door (een combinatie van) endogene en exogene factoren. Er worden verschillende indelingen van eczeem gebruikt [Sillevis Smitt 2009, Schalock 2011]. De ICPC-codering onderscheidt de codes S86 (seborrhoïsch eczeem), S87 (constitutioneel eczeem), S88 (contacteczeem/ander eczeem, waaronder acrovesiculeus eczeem) en S89 (luierczeem). Omdat eczeem veroorzaakt kan worden door een combinatie van factoren, kan een differentiatie moeilijk zijn. Verschillende vormen van eczeem kunnen naast elkaar voorkomen. Dit geldt met name voor eczeem aan de handen [Schalock 2011, Coenraads 2012].

3 Definitie constitutioneel eczeem

De diagnose constitutioneel eczeem wordt gesteld op basis van klinische criteria. In een systematisch literatuuronderzoek (zoekdatum 2007) werd de validiteit van klinische criteria voor de diagnose constitutioneel eczeem onderzocht [Brenninkmeijer 2008]. Alleen de criteria van Williams (*U.K. Diagnostic criteria*) werden in meerdere ($n = 17$) onderzoeken gevalideerd. De criteria van Williams zijn onderverdeeld in het hoofdkenmerk jeuk en overige kenmerken: een voorgeschiedenis van huidafwijkingen op de buigzijden van de extremiteiten, zoals elleboogplooien, knieholten, voorzijde van de enkels, nek, en bij kleine kinderen ook de wangen, astma of allergische rinitis (bij kinderen jonger dan 4 jaar bij een eerstegraadsfamilielid), klachten van een droge huid in het afgelopen jaar, begin van de aandoening onder de leeftijd van 2 jaar (dit kenmerk vervalt als het kind nog geen 4 jaar is), zichtbare afwijkingen op de buigzijden van de extremiteiten (bij kinderen jonger dan 4 jaar ook op wangen, voorhoofd en/of strekzijde van de extremiteiten).

Validatieonderzoek naar de criteria van Williams in de eerste lijn ontbreekt, evenals validatieonderzoek naar de criteria in de Nederlandse populatie. In 11 validatieonderzoeken in open populaties varieerde de sensitiviteit van 43 tot 100% en specificiteit van 89 tot 99%. De referentietest was meestal klinische beoordeling door een dermatoloog. De lage sensitiviteit werd beschreven in 2 Japanse populaties en een inheemse Zuid-Afrikaanse populatie. In 6 validatieonderzoeken in de tweede lijn varieerde de sensitiviteit van 10 tot 96% en de specificiteit van 90 tot 98%. De sensitiviteit van 10% betrof onderzoek in een Iraanse populatie.

4 Atopisch syndroom

Er is aangetoond dat diverse genetische loci samenhangen met constitutioneel eczeem, met astma, met een hoge totaal-IgE-concentratie en met atopie [Cookson 2002, Gerth van Wijk 2002, Novak 2003, Novak 2005].

5 Definitie contacteczeem

De gebruikte beschrijving van contacteczeem is conform die uit de richtlijn Contacteczeem [NVDV 2013].

6 Beschrijvingen verschillende vormen van eczeem

Wegens het ontbreken van gevalideerde criteria werd voor de beschrijvingen van acrovesiculeus

eczeem, nummulair eczeem, hypostatisch eczeem en asteatotisch eczeem gebruikgemaakt van het boek *Dermatovenereologie voor de eerste lijn* [Sillevis Smitt 2009].

7 Prevalentie en incidentie van eczeem

In de huisartsenpraktijk is de prevalentie van constitutioneel eczeem bij kinderen van 0 tot 1 jaar 144 per 1000 patiënten [NIVEL 2013]. Voor jongens ligt deze hoger dan voor meisjes (respectievelijk 171 en 116 per 1000). Bij kinderen van 1 tot 4 jaar bedraagt de prevalentie 83 per 1000. Bij kinderen van 4 tot en met 17 jaar is de prevalentie van constitutioneel eczeem 30 per 1000 [NIVEL 2013]. De prevalentie van irritatief contacteczeem is ook ongeveer 3%. Allergisch contacteczeem wordt in deze leeftijdsgroep zelden gezien [Van de Lisdonk 2008]. De overige eczemen die bij kinderen voorkomen (nummulair eczeem en acrovesiculeus eczeem) worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken. Op de leeftijd 18 tot 44 jaar is de prevalentie van contacteczeem 37 per 1000. Bij vrouwen is de prevalentie hoger dan bij mannen (respectievelijk 46 en 28 per 1000) [NIVEL 2013]. De prevalentie van irritatief contacteczeem is veel hoger dan van allergisch contacteczeem (bij mannen respectievelijk 50 en 3 per 1000; bij vrouwen respectievelijk 75 en 7 per 1000) [Van de Lisdonk 2008]. Op de leeftijd van 18 tot 44 jaar is de prevalentie van constitutioneel eczeem 15 per 1000 [NIVEL 2013]. De overige vormen van eczeem (acrovesiculeus, nummulair, asteatotisch eczeem en hypostatisch eczeem) worden niet afzonderlijk geregistreerd, waardoor prevalentiecijfers ontbreken.

8 Beroepsgebonden contacteczeem

Uit een Nederlandse registratie voor beroepsgebonden eczeem bleek dat ongeveer 9% van de meldingen die van kappers betrof. Schoonmakers, verpleegkundigen en automonteurs vertegenwoordigden elk tussen 4 en 5% van de meldingen [NCvB 2007].

9 Filaggrine-gedefecten en constitutioneel eczeem

In een systematisch literatuuronderzoek en meta-analyse werd onderzocht of de aanwezigheid van filaggrine-gedefecten het risico verhoogde op sensibilisatie en atopische aandoeningen (constitutioneel eczeem, astma, allergische rinitis, voedselallergie) [Van den Oord 2009]. Een filaggrine-gedefect verhoogt het risico op constitutioneel eczeem (OR variërend van 2,0 (95%-BI 1,7 tot 2,3) tot 4,8 (3,3 tot 6,9)). Bij patiënten met constitutioneel eczeem verhoogt een filaggrine-gedefect bovendien het risico op astma (OR variërend van 2,3 (1,7 tot 3,2) tot 2,8 (1,8 tot 4,4)). Er werd echter geen significante associatie gevonden tussen filaggrine-genmutaties en astma bij patiënten zonder constitutioneel eczeem (OR 1,3; 0,7 tot 2,30). Het vroeg ontstaan van constitutioneel eczeem en het persisteren ervan was geassocieerd met een combinatie van filaggrine-gedefecten (≥ 1 genmutatie) (OR respectievelijk 7,0; 5,4 tot 9,1 en 6,3; 4,7 tot 8,5).

10 IgE en constitutioneel eczeem

In een internationaal cohortonderzoek bij kinderen ($n = 2184$, gemiddelde leeftijd 18 maanden) met constitutioneel eczeem en een eerstegraadsfamilielid met een atopische aandoening had meer dan de helft (55%) een verhoogd IgE voor 1 of meer specifieke allergenen [De Benedictis 2009].

In een systematisch literatuuronderzoek werd de rol van atopie (gedefinieerd als een positieve huidprikttest of verhoogd specifiek IgE in het serum) onderzocht bij constitutioneel eczeem: in 13 cross-sectionele onderzoeken in de algemene populatie liep de prevalentie van atopie bij patiënten met constitutioneel eczeem uiteen van 7 tot 78%. In de 12 cross-sectionele onderzoeken in ziekenhuispopulaties varieerde de prevalentie van atopie van 47 tot 75%. Dit verschil werd deels verklaard door het verschil in de ernst van het eczeem (ernstiger eczeem blijkt vaker met atopie gepaard te

gaan). Bij de kwalitatief betere onderzoeken werd een sterkere associatie tussen atopie en constitutioneel eczeem aangetoond. Verder werd in dit onderzoek geconcludeerd dat bepaling van specifiek IgE geen toegevoegde waarde heeft bij de diagnostiek van constitutioneel eczeem. Er zijn geen onderzoeken gevonden waarin de relatie tussen atopie en de effectiviteit van diverse behandelmethoden is onderzocht [Flohr 2004]. Een recent systematisch literatuuronderzoek naar de waarde van allergologisch onderzoek bij constitutioneel eczeem bood geen aanvullende onderzoeken [Thijs 2013].

11 Huisstofmijtredulerende maatregelen

Een systematisch literatuuronderzoek naar het effect van huisstofmijtredulerende maatregelen op constitutioneel eczeem includeerde 5 RCT's, alle met tekortkomingen (waren kleine onderzoeken, randomisatiemethode slecht beschreven, geen 'intention-to-treat'-analyse, twijfels over blinding, wisselende methoden en maten voor huisstofmijtreductie). Een klinisch relevante verbetering op het eczeem werd niet aangetoond [Hoare 2000]. Vier later uitgevoerde placebogecontroleerde onderzoeken hadden dezelfde tekortkomingen en wisselende resultaten [Ricci 2000, Holm 2001, Gutgesell 2001, Oosting 2002]. In de onderzoeken waarin verbetering van het eczeem werd aangetoond, was niet duidelijk of dit een klinisch relevant effect betrof [Ricci 2000, Holm 2001]. Conclusie: de effectiviteit van huisstofmijtwerende maatregelen bij de behandeling van constitutioneel eczeem is niet aangetoond.

12 Voedselallergie en constitutioneel eczeem

Voor informatie over de associatie tussen voedselallergie en constitutioneel eczeem wordt verwezen naar de NHG-Standaard Voedselovergevoelighed.

13 Ernst van constitutioneel eczeem

In een prospectief cohortonderzoek onder kinderen van 0 tot 4 jaar ($n = 9351$) die het consultatiebureau bezochten, hadden 701 kinderen constitutioneel eczeem. De ernst van het eczeem is bepaald met de Three-Item-Severity-(TIS)-score (zie noot 24). Mild eczeem is gedefinieerd als een TIS-score ≤ 2 , matig eczeem 3 t/m 5, ernstig eczeem 6 t/m 9. De gemiddelde TIS-score bij alle leeftijdsgroepen was 3,1 (SD 1,7). 177 kinderen hadden een TIS-score van 2 en 24 kinderen een TIS-score hoger dan 6. Bij het overgrote deel van de kinderen was sprake van mild tot matig eczeem. Zij hadden een TIS-score van 4 of lager [Dirven-Meijer 2009].

14 Natuurlijk beloop en prognose constitutioneel eczeem

Tariq et al. vervoelden een ongeselecteerd geboortecohort van 1536 kinderen. Van de kinderen met constitutioneel eczeem had 32% op 4-jarige leeftijd astma ontwikkeld en 15,6% allergische rinitis [Tariq 1998]. In een tweetal kleinere follow-uponderzoeken (100 poliklinische patiënten en 40 patiënten opgenomen vanwege ernstig eczeem) bleek 43 respectievelijk 53% astma te ontwikkelen in het verloop van 7 tot 11 jaar [Gustafsson 2000, Linna 1992].

Illi et al. onderzochten het natuurlijk beloop van constitutioneel eczeem in een cohort van 1314 kinderen uit de algemene populatie in Duitsland. Zij werden gevolgd tot de leeftijd van 7 jaar. In het eerste levensjaar werd bij 13,4% constitutioneel eczeem vastgesteld; de prevalentie steeg tot 21,5% op 2-jarige leeftijd. Daarna verdween het eczeem bij 43,2% volledig. De belangrijkste voorspellers voor het persisteren van de aandoening waren: de ernst van het eczeem, de aanwezigheid van verhoogd specifiek IgE, het gelijktijdig voorkomen van piepende ademhaling en familiale belasting [Illi 2004].

15 Lokalisatie huidafwijkingen constitutioneel eczeem

In de literatuur wordt meestal onderscheid gemaakt tussen een 'infantile fase', 'childhood

Tabel 7 Risicoberoepen met bijbehorende allergenen en irriterende stoffen

Beroepsbranche	Beroepen	Allergenen	Irriterende stoffen
agrarijse branche	bloemist boer tuinder	bestrijdingsmiddelen conserveermiddelen geurstoffen haren latex plantallergenen: ■ sesquiterpene lactone (bijvoorbeeld chrysanten, moederkruid) ■ tulipaline A (bijvoorbeeld tulpen en Alstroemeria) ■ primine ■ ui, bieslook, knoflook rubberhulpstoffen	excrementen dierepithel, speeksel schoonmaakmiddelen detergentia meststoffen nat werk occlusieve handschoenen oplosmiddelen bestrijdingsmiddelen planten mechanische factoren klimaat
auto-industrie	automonteur fabrieksmedewerker spuiter autoschadehersteller	acrylaten conserveermiddelen detergenten epoxyharsen formaldehyde resin garagezeep geurstoffen remvloeistoffen rubberadditieven: ■ thiuram ■ carbamaten ■ mercaptoverbindingen ■ N-isopropyl-N-phenyl-4-phenylenediamine (zwart rubber) ■ 4-tert-butylphenol	cleaners detergentia oliën (snijoliën) oplosmiddelen brandstoffen hydraulische vloeistoffen oplosmiddelen mechanische belasting
gezondheidszorg	arts tandarts tandtechnicus verpleegkundige apotheker apothekersassistent	acrylaten antibiotica benzoylperoxide conserveermiddelen desinfectantia: ■ formaldehyde ■ chloorhexidine ■ jodium ■ glutaalaldehyde geurstoffen harsen, zoals melamine formaldehydharzen latex medicamenten methacrylaatmonomeren rubberadditieven: zie auto-industrie	alcohol cleaners detergentia desinfectantia medicamenten nat werk
voedingsbranche	fabriekswerker kok	composietenmix conserveermiddelen dierlijke eiwitten formaldehyde groenten, fruit, kruiden hout van handgrepen kleurstoffen latex rubberadditieven: zie auto-industrie smaakstoffen stabilisatoren	bloem cleaners detergentia fruit groente kruiden nat werk dierlijke eiwitten
metaalbranche	lasser bankwerker	biociden conserveermiddelen in metaalbewerkingsvloeistoffen emulgatoren harsen kobalt nikkel propyleenglycol rubberadditieven: zie auto-industrie	cleaners detergentia klei lijm oplosmiddelen verf

bouw	metselaar schilder timmerman	chromaat (cement) epoxy harsen isocyanaten (MCI/MI) kobalt latex lijmen polyurethaan rubberadditieven: zie auto-industrie terpentine	basen cement cleaners detergentia gips glasvezel hout conserveermiddelen kunststoffen oliën oplosmiddelen snijvloeistoffen zaagsel zuren
rubberbranche	fabriekswerker	rubberadditieven: zie auto-industrie	cleaners detergentia oplosmiddelen
beautybranche	kapper schoonheidsspecialist	conserveermiddelen geurstoffen haarkleurstoffen: ■ parafenyleen diamine ■ diaminotolueen sulfaat aminofenol latex oliën permanentvloeistof: glyceryl monothioglycolaat persulfaten rubberadditieven: zie auto-industrie	bleekmiddelen nat werk oxiderende middelen permanentvloeistof shampoo
elektronicabranche	elektricien ICT installateur	colofonium epoxyhars kunststoffen lijmen metalen rubberadditieven: zie auto-industrie	basen cleaners detergentia oplosmiddelen soldeervloeistof zuren
schoonmaakbranche	schoonmaker	formaldehyde geurstoffen latex rubberadditieven: zie auto-industrie	cleaners detergentia nat werk schuurmiddelen
kunststofbranche	bankwerker fabriekswerker	(meth)acrylaat epoxyharsen isocyanaten additieven, bijvoorbeeld harders	

phase' en 'adolescent and adult phase' [Friedmann 2004]. De grens tussen de eerste twee fases ligt ongeveer bij achttien maanden en wordt gekenmerkt door een geleidelijke verschuiving van de lokalisatie van de eruptie. Dit fenomeen is karakteristiek voor constitutioneel eczeem. Indien andere kenmerken van constitutioneel eczeem ontbreken, in het bijzonder jeuk, pleit de aanwezigheid van huidafwijkingen in het luiergebied eerder voor seborroïsch eczeem dan voor constitutioneel eczeem.

16 Beïnvloedende factoren

Williams et al. verrichtten een enquêteonderzoek onder 250 schoolkinderen uit de algemene populatie naar de invloed van 19 factoren op de ernst van constitutioneel eczeem. Als meestvoorkomende verergerende factoren werden genoemd: zweten (42%), warm weer (40%) en textiel (39%, meestal wol). Ziek zijn werd door 36% als verergerende factor genoemd en stress door 28%. Schoonmaakmiddelen, zeep en shampoo werd door 40% van de ondervraagden als verergerende factor aangemerkt. Daarentegen gaf 6% aan dat deze middelen juist verbetering gaven [Williams 2004]. Uit een enquêteonderzoek in Japan onder 950 patiënten uit de tweede lijn bleek dat bij 59% het eczeem in de winter verslechterde (in de leeftijdsgroep tot 5 jaar: 68%). Als waarschijnlijke verklaring wijst men op de lagere luchtvochtigheid in verwarmde ruimten [Imai 1987]. Krämer et al. verrichtten een onderzoek naar seizoensinvloeden

op constitutioneel eczeem bij 39 kinderen van 9 jaar, geselecteerd uit de algemene populatie. Er leken 2 patronen te bestaan: 21 kinderen hadden meer symptomen in de winter, terwijl 18 kinderen juist in de zomer meer klachten hadden, vooral in de periode dat de graspollenconcentratie hoog was [Krämer 2005]. In vergelijkend onderzoek naar textielsoorten bleken katoenen shirts beter te worden verdragen (minder jeuk/irritatie) dan shirts van kunststof met een ruwe vezel. Kledingstukken van grove en fijne wol veroorzaakten bij 16 respectievelijk 9 van 24 meisjes met constitutioneel eczeem jeukklachten, terwijl zij aangaven geen klachten te hebben bij het dragen van katoenen kleding [Diepgen 1990, Bendsøe 1987]. Naar de invloed van wasmiddelen of wasverzachters is onvoldoende onderzoek verricht om conclusies te kunnen trekken. Voor de aanbevelingen voor douchen en baden is geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden. Zij berusten op praktijkervaring en consensus binnen de werkgroep.

17 Constitutioneel eczeem als risicofactor voor allergisch contacteczeem

Allergenen die contacteczeem veroorzaken kunnen een door constitutioneel eczeem beschadigde huid binnendringen. Ook predisponeren een verminderde huidbarrière voor sensibilisatie. Constitutioneel eczeem is een onafhankelijke risicofactor voor het optreden van allergisch contacteczeem [NVDV 2013].

18 Pathofysiologie en etiologie contacteczeem

De beschrijving van de pathofysiologie en etiologie van contacteczeem is overgenomen uit de NVDV-richtlijn Contacteczeem. De belangrijkste allergenen zijn de stoffen die zijn opgenomen in de Europese basale testreeks die gebruikt worden bij de plakproeven [NVDV 2013].

19 Beloop contacteczeem

Er is weinig onderzoek gedaan naar het beloop van contacteczeem in de algemene populatie. In enkele onderzoeken wordt het beloop beschreven van met name beroepsgelateerd contacteczeem (handeczeem). In een vragenlijstonderzoek onder patiënten die waren verwezen naar het Finse Instituut voor Bedrijfsgezondheid (n = 755, respons 80%, gemiddelde leeftijd bij diagnose 42 jaar) werd het beloop onderzocht van beroepsmatig veroorzaakt handeczeem (allergisch of irritatief) gemiddeld 10 jaar na de diagnose [Mäklönen 2010]. Onafhankelijke risicofactoren voor het persisteren van klachten waren atopie (OR 2,7; 95%-BI 1,4 tot 4,9), duur van het eczeem langer dan een jaar voorafgaand aan de diagnose (OR 3,0; 1,8 tot 5,2) en het continueren van beroepswerkzaamheden (OR 1,6; 1,03 tot 2,3). De prognose van allergisch handeczeem verschilde niet van die van irritatief contacteczeem.

In een Zweeds onderzoek werd de langetermijnprognose van beroepshuidziekten onderzocht. Patiënten met een beroepsmatig veroorzaakte huidziekte (voornamelijk handeczeem), waarvoor zij in

1987 werden aangemeld bij de sociale verzekering, werd in 1999 gevraagd naar huidklachten ($n = 655$, respons 83%) [Meding 2005]. 70% had in het afgelopen jaar klachten, 28% had geen klachten meer. Atopie en constitutioneel eczeem waren risicofactoren voor klachten in het afgelopen jaar (OR respectievelijk 2,0 (1,1 tot 3,5) en 1,8 (1,1 tot 2,8)).

In een prospectief Deens cohortonderzoek ($n = 799$, gemiddelde leeftijd 41 jaar, follow-up 6 maanden) werd de associatie tussen het soort allergeen, de ernst en de prognose van handeczeem onderzocht [Hald 2009]. Nikkelallergie kwam het meest frequent voor (19%). Kaliumbichromaat (in cement), formaldehyde (oplosmiddel), methyl dibroom glutaronitril (conserveermiddel) en sesquiterpeen lactonemix (in chrysanten) waren geassocieerd met ernstig eczeem (gecorrigeerde OR variërend van 2,5 (1,04 tot 5,8) tot 4,4 (1,8 tot 10,9)). Chromaallergie was geassocieerd met een matige prognose na 6 maanden (gecorrigeerde OR 4,2; 1,4 tot 12,2).

Conclusie: een atopische constitutie en constitutioneel eczeem verslechteren de prognose van handeczeem. Er is enig bewijs dat de soort allergeen van invloed is op de prognose van allergisch contacteczeem.

Op basis van ervaring stelt de werkgroep dat contacteczeem meestal verdwijnt binnen vier tot zes weken na het vermijden van blootstelling. Bij een atopische constitutie of constitutioneel eczeem duurt het herstel langer [NVDV 2013].

20 Beloop andere vormen van eczeem

Wegens het ontbreken van onderzoek naar het beloop van de andere vormen van eczeem wordt gebruik gemaakt van het boek *Dermatovenerologie voor de eerste lijn* [Sillevis Smitt 2009].

21 Angst voor bijwerkingen corticosteroiden

Corticosteroidpreparaten ('hormoonzalf') hebben bij veel mensen een slechte naam. Door ondeskundig gebruik zijn er in de periode dat deze middelen net op de markt kwamen onnodig veel bijwerkingen gezien. Door de angst voor de mogelijke bijwerkingen, vermeld in de bijsluiters, roept het woord 'hormoonzalf' negatieve reacties op. Vooral ouders met kleine kinderen die corticosteroiden krijgen voor eczeem, zijn vaak huiverig om deze te smeren [NCJ 2012].

In een Engels vragenlijstonderzoek naar 'corticofobie' bij tweedelijnspatiënten ($n = 200$) met constitutioneel eczeem antwoordde 73% ongerust te zijn over het corticosteroidgebruik en 24% om die reden te zijn gestopt met behandeling [Charman 2003]. Angst voor dunner worden van de huid werd het meest genoemd (35%). Andere redenen waren onder andere onbekende langetermijneffecten en invloed op groei en ontwikkeling. Eenderde van de patiënten die een klasse-1-corticosteroid gebruikte gaf aan dat dit een sterk of heel sterk werkend corticosteroid betrof of geen idee te hebben van de sterkte. Als informatiebron werd het meest frequent (33%) de huisarts genoemd, andere bronnen waren onder andere tijdschriften (17%), vrienden (15%) en familie (12%). In een Frans vragenlijstonderzoek naar corticofobie bij tweedelijnspatiënten met constitutioneel eczeem ($n = 208$) antwoordde 81% dat zij ongerust was over corticosteroidgebruik, 36% gaf aan niet-therapietrouw te zijn [Aubert-Wastiaux 2011]. De angst voor corticosteroiden was niet geassocieerd met de ernst van het eczeem. Nederlands onderzoek op dit gebied werd niet gevonden.

22 Overzicht per lichaamsdeel van producten die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken

In [figuur 1] wordt een overzicht gegeven van producten, die allergisch contacteczeem kunnen veroorzaken per lichaamsdeel [NVDV 2013].

23 Beroep, dagelijkse bezigheden en contacteczeem

In [tabel 7] wordt een overzicht gegeven van risicoberoepen met bijbehorende allergenen en irriterende stoffen [NVDV 2013].

24 Bepaling van de ernst van constitutioneel eczeem en gebruik van de Three-Item-Severity (TIS)-score

De ernst van constitutioneel eczeem bepaalt voor een belangrijk deel de behandeling. Voor bepaling van de ernst van constitutioneel eczeem zijn diverse meetinstrumenten in gebruik. Zij worden doorgaans gebruikt in het kader van wetenschappelijk onderzoek en zijn minder gemakkelijk toepasbaar in de praktijk. De Three-Item-Severity (TIS)-score is bedoeld om in de dagelijkse praktijk te gebruiken en is afgeleid van de uitgebreide Severity Score of Atopic Dermatitis (SCORAD). Drie items (roodheid, oedeem/papels en krabbeffecten) worden gescoord op mate van ernst (afwezig = 0, mild = 1, matig = 2, ernstig = 3).

In een systematisch literatuuronderzoek (zoekdatum oktober 2012) werden de testeigenschappen van 16 meetinstrumenten voor beoordeling van de ernst van het klinische beeld van constitutioneel eczeem onderzocht [Schmitt 2013]. Volgens vooraf bepaalde criteria werden verschillende testeigenschappen beoordeeld als adequaat, acceptabel en inadequaat. Klinisch relevante items werden door behandelars en patiënten benoemd. Geen van de 16 onderzochte meetinstrumenten voldeed aan alle vooraf gestelde criteria. De SCORAD voldeed aan de meeste criteria, maar was wel tijdrovend (de beoordelingstijd lag tussen de 7 en 10 minuten per patiënt). De TIS-score was gevalideerd in 7 onderzoeken (totaal 926 patiënten), waarvan 2 in de eerste lijn [Charman 2005, Willemsen 2009]; deze worden hieronder besproken. De ernst van het eczeem in de onderzoeken varieerde van mild tot ernstig. De gebruikte klinisch relevante items waren goed te onderscheiden en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was acceptabel. De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid en gevoeligheid voor verandering waren niet onderzocht. De test bleek bruikbaar in de praktijk en de score was goed te interpreteren.

Charman, 2005: in een prospectief cohortonderzoek (180 patiënten, van wie 70 uit de huisartsenpraktijk, gemiddelde leeftijd 11 jaar) werd de betekenis onderzocht van 7 symptomen die ook voor de SCORAD worden gebruikt ter bepaling van de door de patiënt beoordeelde hinder van het eczeem. De ernst van krabbeffecten, oedeem/papels en roodheid bleken het duidelijkst geassocieerd te zijn met de door de patiënt ervaren hinder. De uitgebreidheid van het eczeem droeg niet onafhankelijk bij aan de hoogte van de TIS-score.

Willemsen, 2009: in een prospectief onderzoek in de huisartsenpraktijk ($n = 66$ kinderen) werd de TIS-score gevalideerd met de SCORAD als referentietest. De ernst van het eczeem werd tijdens de gebruikelijke behandeling op twee momenten gescoord door getrainde onderzoekers en bij een deel van de patiënten door een huisarts. Mild eczeem werd gedefinieerd als TIS-score 0 t/m 2 (SCORAD 0 t/m 14), matig eczeem TIS-score 3 t/m 5 (SCORAD 15 t/m 40), ernstig eczeem TIS-score 6 t/m 9 (SCORAD 41 t/m 83). De gemiddelde TIS-score was 2,1 (SD 1,1) en na 3 tot 4 weken 1,8 (SD 1,0), de gemiddelde SCORAD was 13,5 (SD 8,7) en 11,9 (SD 7,8). Van de kinderen had 73% mild eczeem (volgens SCORAD: 70%), 25% matig eczeem (SCORAD: 28%) en 2% ernstig eczeem. De correlatie tussen de TIS-scores en de SCORAD was goed (Spearman's rank: 0,8). Bij de TIS-scores werd een matig tot goede interbeoordelaarsovereenstemming gevonden bij de indeling in de categorieën mild, matig en ernstig (gewogen kappa: 0,6). De beoordelingstijd was gemiddeld minder dan 1 minuut (range 7 tot 170 seconden).

Jeugdartsen gebruiken de TIS-score bij verwijzing van kinderen met constitutioneel eczeem. Een TIS-score ≥ 3 is een indicatie voor verwijzing naar de huisarts voor behandeling met corticosteroiden [NCJ 2012]. Hoewel huisartsen meestal op basis van klinische ervaring de ernst van eczeem kunnen bepalen aan de mate van roodheid, oedeem/papels en krabbeffecten en de TIS-score beperkt is gevalideerd in de huisartsenpraktijk, kan de TIS-score een praktisch hulpmiddel zijn voor de individuele huisarts. Daarnaast is informatie over

de interpretatie van de TIS-score van belang in de samenwerking met jeugdartsen.

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venerologie (NVDV) geeft voortsnoeg geen aanbeveling voor een scoringsinstrument voor bepaling van de ernst van het eczeem in de dagelijkse praktijk en wacht met haar aanbeveling hierover op advies van een internationaal samenwerkingsverband van dermatologen [NVDV 2006, in herziening].

Conclusie: met de TIS-score kan de ernst van constitutioneel eczeem worden bepaald. Hoewel de test beperkt is gevalideerd in de huisartsenpraktijk, kan de TIS-score een praktisch hulpmiddel zijn om de ernst van constitutioneel eczeem te bepalen en is de TIS-score van belang bij de samenwerking met jeugdartsen.

25 Constitutioneel eczeem bij een donkere huid

In een longitudinaal onderzoek onder 137 kinderen met constitutioneel eczeem uit de huisartsenpraktijk werd de ernst van het eczeem met tussenpozen van 6 maanden gescoord met behulp van de SCORAD, een instrument waarbij roodheid één van de te scoren variabelen is. Bij het gebruik van de SCORAD bij patiënten met een donkere huid adviseert men in plaats van naar roodheid, te kijken naar een donkere verkleuring. Donkere kinderen leken minder vaak ernstig eczeem te hebben, maar als men het criterium roodheid (dus donkerder huid) bij de bepaling van de ernst van het eczeem buiten beschouwing liet, bleek ernstig eczeem bij donkere kinderen 6 maal zo vaak voor te komen (OR 5,93; 95%-BI 1,94 tot 18,12) [Ben-Gashir 2002].

De werkgroep wijst er op dat de ernst van eczeem bij patiënten met een donkere huid kan worden onderschat omdat men bij de vaststelling van de ernst de mate van roodheid niet kan gebruiken.

Bij een donkere huid treedt er eerder lichenificatie op dan bij een lichte huid. Ook treden er meer pigmentstoornissen op (hyper- en hypopigmentatie). Postinflammatoire hypopigmentatie kan bij alle vormen van eczeem voorkomen en langdurig blijven bestaan [NCJ 2012].

26 Plakproeven bij allergisch contacteczeem

De plakproef dient als gouden standaard in de diagnostiek van allergisch contacteczeem. De sensitiviteit en specificiteit wordt geschat op 70 tot 80%. Bij het onderzoek wordt gebruik gemaakt van een Europese basale testreeks, waarin allergenen aanwezig zijn waarvan bekend is dat ze regelmatig (in 80% van de gevallen in een algemene dermatologische kliniek) een contactallergie veroorzaken. Voor de interpretatie van de resultaten is de anamnese bepalend [NVDV 2013].

27 Eczema herpeticum

Bij patiënten met constitutioneel eczeem kan ook een uitgebreide infectie met het herpes simplexvirus ontstaan, het zogenoemde eczema herpeticum. Aanvankelijk is er een lokale papulovesiculaire eruptie, maar deze kan zich snel uitbreiden over het lichaam en gepaard gaan met een uitgebreid purulent exsudaat. Patiënten zijn ziek, met malaise en hoge koorts [Friedmann 2004]. Verwijzing en behandeling met antivirale middelen is aangewezen [NVDV 2006, in herziening].

28 Tylotisch eczeem

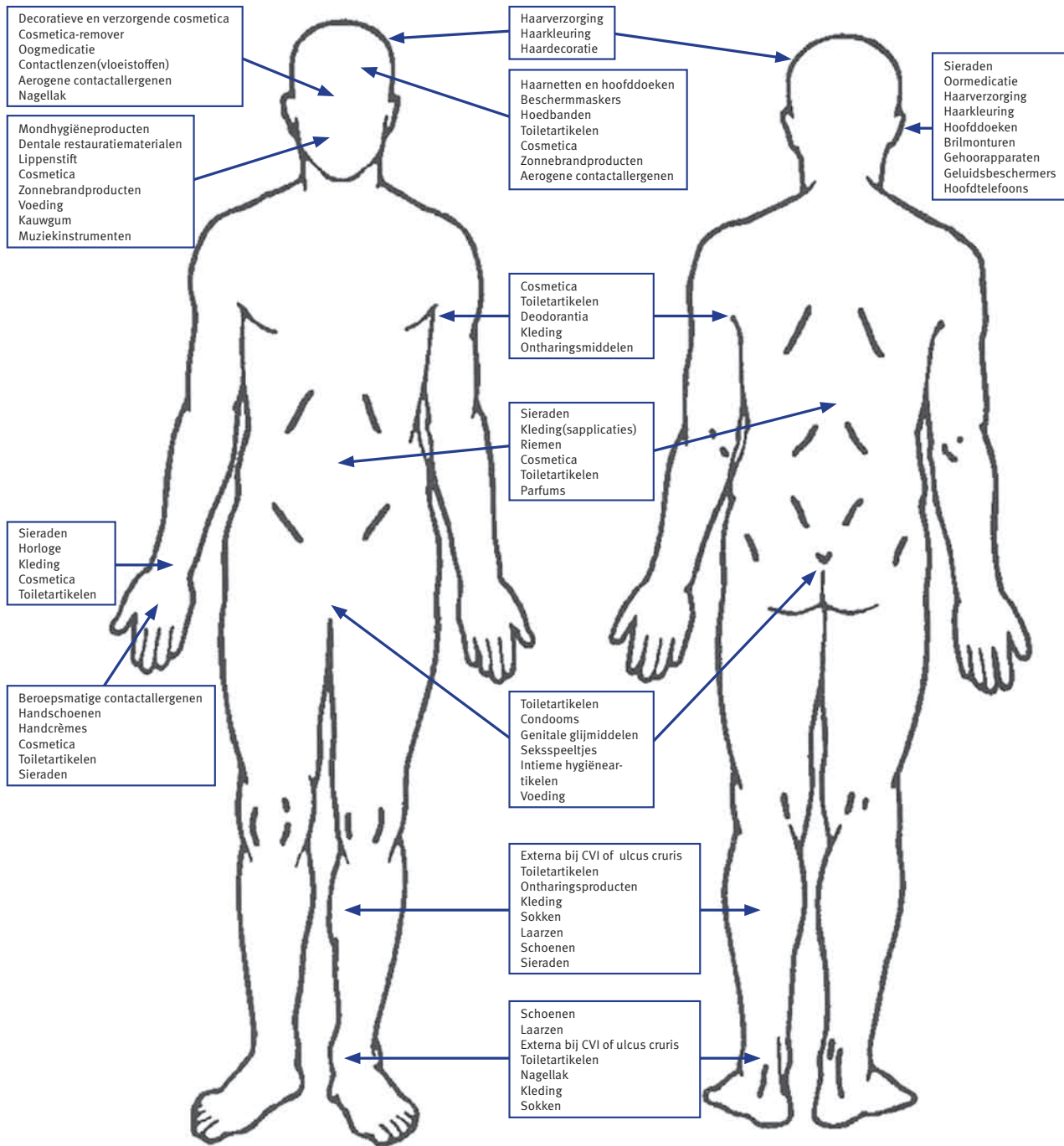
Tylotisch eczeem kan zich ontwikkelen uit langdurig irritatief contacteczeem of acrovesiculair eczeem en is een vrij zeldzame vorm van chronisch hand-/voeteczeem [Sillevis Smitt 2009].

29 Baden en douchen

Er werd geen onderzoek gevonden voor onderbouwing van dit advies. Het advies van de werkgroep sluit aan bij de JCZ-richtlijn Huidafwijkingen 2012 [NCJ 2012].

30 Effectiviteit en veiligheid van lokale calcineurineremmers bij constitutioneel eczeem

Achtergrond: pimicrolium en tacrolimus zijn lo-

Figuur 1 Overzicht van producten die allergisch contacteczem kunnen veroorzaken

Bron NVDV Richtlijn Contacteczem 2013

kaal toegepaste calcineurineremmers (immunosuppressieve middelen). Pimecrolimus 1% en tacrolimus 0,03% zijn in Nederland geregistreerd voor behandeling van constitutioneel eczeem bij patiënten vanaf de leeftijd van 2 jaar en tacrolimus 0,1% vanaf 16 jaar. Het was bij publicatie van de vorige standaard onduidelijk of behandeling met calcineurineremmers voordelen had vergeleken met lokale corticosteroiden. Daarom zochten wij naar onderzoeken die de effectiviteit en veiligheid van calcineurineremmers vergeleken met die van lokale corticosteroiden.

Bewijs

Bron: in een systematisch literatuuronderzoek (zoekdatum mei 2009) werd het effect van lokale behandeling van constitutioneel eczeem bij kinderen en volwassenen onderzocht [Schmitt 2011]. Dit onderzoek beschreef 7 RCT's waarin calcineurineremmers werden vergeleken met corticosteroiden. In alle RCT's betrof het tweedelijnspatiënten met matig tot ernstig eczeem. De uitkomstmaten waren de ernst van het eczeem (gemeten met verschillende scores) en bijwerkingen.

In een daarna (2010) gepubliceerde dubbelblinde RCT (80 volwassenen met matig tot ernstig eczeem, follow-up 1 jaar) werd het effect van tacrolimus 0,1% vergeleken met klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden [Mandelin 2010]. Uitkomstmaten waren eveneens de ernst van het eczeem en bijwerkingen.

Kwaliteit

Systematisch literatuuronderzoek [Schmitt 2011]: de kwaliteit van 1 RCT (n = 87) waarin het effect van pimecrolimus werd vergeleken met corticosteroiden was laag (gering aantal patiënten, vergelijking met klasse-3-corticosteroiden).

De kwaliteit van de overige 6 RCT's (n = 3036) waarin het effect van tacrolimus werd vergeleken met corticosteroiden was matig (bij 1 RCT ontbrak blinding, de behandelduur was slechts 3 tot 4 weken bij de meeste RCT's, de resultaten van de RCT's waren inconsistent).

RCT [Mandelin 2010]: de kwaliteit van deze RCT was matig (gering aantal patiënten, op niet alle meetmomenten werd een verschil tussen de behandelingen aangetoond).

Effect

Systematisch literatuuronderzoek [Schmitt 2011]:

Pimecrolimus versus corticosteroiden: pimecrolimus 1% gaf bij significant minder patiënten > 50% verbetering van het eczeem na 3 weken behandeling in vergelijking met een klasse-3-corticosteroid (RR 0,61; 95%-BI 0,45 tot 0,81).

Tacrolimus versus klasse-1-corticosteroiden: tacrolimus 0,03% verbeterde bij significant meer patiënten het eczeem met $\geq 90\%$ na 3 weken behandeling, vergeleken met een klasse-1-corticosteroid (RR 2,6; 2,0 tot 3,3); tacrolimus 0,1% verbeterde bij significant meer patiënten het eczeem $\geq 90\%$ na 3 weken behandeling (RR 3,1; 2,2 tot 4,4).

Tacrolimus versus klasse-2-corticosteroiden: tacrolimus 0,03% gaf significant minder verbetering van het eczeem in vergelijking met een klasse-2-corticosteroid na 4 weken behandeling (82% met tacrolimus, 95% met de klasse-2-corticosteroid, gemiddeld verschil 12,5%; 2,4 tot 22,7%); er was geen significant verschil tussen tacrolimus 0,1% in vergelijking met een klasse-2-corticosteroid in verbetering van het eczeem met $\geq 90\%$ na 3 weken behandeling (RR 0,96; 0,79 tot 1,1).

Tacrolimus versus klasse-3-corticosteroiden: tacrolimus 0,03% was even effectief in verbetering van het eczeem na 3 weken behandeling in vergelijking met een klasse-3-corticosteroid (zowel 67% (bijna) klachtenvrij bij tacrolimus, als 67% bij het klasse-3-corticosteroid).

Tacrolimus versus klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden: tacrolimus 0,1% verbeterde bij significant meer patiënten het eczeem met $> 90\%$ na 6 maanden behandeling in vergelijking met een klasse-2-corticosteroid op de romp en extremiteiten en een

klasse-1-corticosteroid voor het hoofd en gelaat (RR 1,3; 1,2 tot 1,4).

RCT [Mandelin 2010]: tacrolimus 0,1% bleek even effectief in verbetering van het eczeem op de romp en extremiteiten na een jaar behandeling in vergelijking met een klasse-2-corticosteroid; tacrolimus 0,1% verbeterde het eczeem in het gelaat en de nek wel significant meer na een jaar behandeling in vergelijking met een klasse-1-corticosteroid (eczeemscore 4,0; 2,0 tot 11,3 versus 9,5; 4,0 tot 20,8).

Bijwerkingen

Systematisch literatuuronderzoek [Schmitt 2011]: bijwerkingen van calcineurineremmers werden in 2 eerder gepubliceerde systematisch literatuuronderzoeken en 2 later gepubliceerde RCT's onderzocht. In het ene systematische literatuuronderzoek veroorzaakte tacrolimus 0,03% en 0,1% bij significant meer patiënten een branderige huid in vergelijking met klasse-1-, -2- en -3-corticosteroiden. In het andere systematische literatuuronderzoek werden geen bijwerkingen beschreven. In beide RCT's gaf tacrolimus meer bijwerkingen in vergelijking met corticosteroiden: tacrolimus 0,03% gaf bij een significant groter aantal patiënten een branderige huid in vergelijking met een klasse-2-corticosteroid (47% met tacrolimus en 7% met de klasse-2-corticosteroid, p = 0,01). Tacrolimus 0,03% gaf meer bijwerkingen (jeuk, roodheid, branderige huid) vergeleken met een klasse-3-corticosteroid gedurende 3 weken (4% bij tacrolimus versus geen bijwerkingen bij de klasse-3-corticosteroid).

RCT [Mandelin 2010]: tacrolimus 0,1% gaf bij significant meer patiënten bijwerkingen vergeleken met een klasse-2-corticosteroid (100% bij tacrolimus en 85% bij het klasse-2-corticosteroid). De meestvoorkomende bijwerking was een branderige huid bij tacrolimus. Folliculitis kwam bij beide behandelingen frequent voor (respectievelijk 50% en 43%, niet-significant verschillend). Twee patiënten behandeld met corticosteroiden ontwikkelden huidatrofie.

Commentaar

Systematisch literatuuronderzoek [Schmitt 2011]: de meeste RCT's waren van korte duur (3 tot 4 weken). Bij ernstig eczeem is vergelijking met een klasse-1-corticosteroid niet adequaat.

RCT [Mandelin 2010]: de primaire uitkomstmaat (het aantal patiënten met > 60% verbetering van de eczeemscore na 3 maanden behandeling) was voor tacrolimus en klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden gelijk. Het aantal dagen dat tacrolimus en corticosteroiden werden gebruikt werd niet vermeld.

Conclusies: het bewijs met betrekking tot effectiviteit en bijwerkingen van pimecrolimus 1% is van lage kwaliteit. Het bewijs met betrekking tot effectiviteit en bijwerkingen van tacrolimus 0,03% en 0,1% is van matige kwaliteit. Tacrolimus lijkt effectiever voor behandeling van matig en ernstig eczeem in vergelijking met een klasse-1-corticosteroid. De effectiviteit van tacrolimus vergeleken met klasse-2- en klasse-3-corticosteroiden is onduidelijk, vanwege inconsistentie van resultaten en kleine patiëntaantallen. Bijwerkingen (voornamelijk een branderige huid) komen meer voor bij tacrolimus dan bij corticosteroiden.

Overwegingen: de European Medicines Agency (EMA) geeft als melding bij pimecrolimus en tacrolimus dat blootstelling aan zonlicht bij behandeling met pimecrolimus en tacrolimus zo veel mogelijk voorkomen moet worden en dat de effecten van lokale immunosuppressie op lange termijn nog onbekend zijn. Er zijn meldingen van huidkanker en lymfomen. Er lopen nog onderzoeken naar bijwerkingen van pimecrolimus en tacrolimus op lange termijn [EMA 2013].

In de tweede lijn wordt gebruik van calcineurineremmers vooralsnog alleen aanbevolen voor patiënten met constitutioneel eczeem die onvoldoende reageren op andere lokale behandelingen en voor patiënten die bijwerkingen hebben bij gebruik van corticosteroiden [NVDV 2006, in herziening].

Aanbeveling: calcineurineremmers worden niet aanbevolen voor behandeling van constitutioneel eczeem in de huisartsenpraktijk.

31 Lokale calcineurineremmers bij contacteczeem

In 2 RCT's werden calcineurineremmers vergeleken met corticosteroiden bij patiënten met allergisch contacteczeem, waarvan 1 met het niet in Nederland geregistreerde pimecrolimus 0,6%. In 1 placebogecontroleerde RCT (66 patiënten met nikkelallergie) werd pimecrolimus 0,6% vergeleken met een klasse-3-corticosteroid. Informatie over blinding ontbrak. Na 12 dagen behandeling was er geen verschil in klinisch effect (volledig herstel van de huid) tussen pimecrolimus en het klasse-3-corticosteroid. In een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT (28 patiënten met nikkelallergie) werd tacrolimus vergeleken met een klasse-3-corticosteroid. Na 7 dagen behandeling was er geen verschil in klinisch effect (roodheid, papels, blaasjes) tussen tacrolimus en het corticosteroid. In de tweede lijn is het advies gebruik van calcineurineremmers te overwegen bij therapieresistent contacteczeem [NVDV 2013].

Omdat calcineurineremmers niet bewezen effectiever zijn dan corticosteroiden en de effecten van lokale immunosuppressie bij langdurig gebruik nog onbekend zijn (zie ook noot 30), worden deze middelen niet aanbevolen voor de behandeling van allergisch contacteczeem in de huisartsenpraktijk.

32 Effectiviteit en veiligheid van teerpreparaten

Achtergrond: gebruik van koolteer (destillaat uit steenkool), houtteer (destillaat uit hout) en solutio carbonis detergens (alcoholisch extract van koolteer) bij behandeling van huidaandoeningen kent een lange traditie. Er is echter nauwelijks vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van teerpreparaten bij de behandeling van constitutioneel eczeem.

Bewijs

Bron

Systematisch literatuuronderzoek [Slutsky 2010]: in dit onderzoek (zoekdatum tot 2009) werd de effectiviteit van teerpreparaten onderzocht bij de behandeling van constitutioneel eczeem. Er werden vier onderzoeken geïncludeerd (publicatiedata 1999 en eerder), waarvan 2 RCT's met totaal 57 patiënten en 2 niet-gerandomiseerde onderzoeken (in totaal 47 patiënten). Verschillende teerpreparaten werden onderling vergeleken of met een klasse-1-corticosteroid of klasse-3-corticosteroid. De uitkomstmaten werden niet expliciet vermeld.

Retrospectief cohortonderzoek [Roelofzen 2010]: in dit onderzoek werd het risico op kanker bij patiënten met constitutioneel eczeem of psoriasis behandeld met teerpreparaten vergeleken met behandeling met corticosteroiden. In totaal werden 8885 patiënten (mediane leeftijd 27 jaar) met constitutioneel eczeem geïncludeerd. Bij 63% van de patiënten was maximaal 9% van de huid aangedaan. De mediane follow-upduur was 21 jaar. In totaal hadden 4981 patiënten (56%) teerpreparaten gebruikt. De mediane duur van behandeling met koolteer was 4 maanden (range 0 tot 300 maanden) en met liquor carbonis detergens 6 maanden (range 1 tot 500 maanden). De behandelduur van corticosteroiden werd niet vermeld. Uitkomstmaten waren maligniteit van de huid (zonder basaalcelcarcinoom) en andere maligniteiten.

Kwaliteit

Systematisch literatuuronderzoek [Slutsky 2010]: het bewijs was van zeer lage kwaliteit. Geen van de onderzoeken was dubbelblind of placebogecontroleerd, bij 2 onderzoeken ontbrak randomisatie. Het aantal patiënten was gering, bovendien werden de uitkomstmaten niet expliciet vermeld.

Retrospectief cohortonderzoek [Roelofzen 2010]: betrouwbare informatie over de exacte duur van de behandeling met teerpreparaten werd verkregen van ongeveer 1100 patiënten. De diagnose bij deze patiënten (constitutioneel eczeem of psoriasis) werd niet beschreven.

Effect

Systematisch literatuuronderzoek [Slutsky 2010]: niet in getallen uitgedrukt. De auteurs vermeldten slechts dat uit de 4 onderzoeken bleek dat teerproducten bijdragen aan de behandeling van eczeem.

Bijwerkingen

Systematisch literatuuronderzoek [Slutsky 2010]: niet vermeld.

Retrospectief cohortonderzoek [Roelofzen 2010]: er werd (gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, ernst van het eczeem, gebruik systemische behandeling en roken) geen verhoogd risico op maligniteit (exclusief basaalcelcarcinomen) aangetoond (gecorrigeerde hazard ratio 0,96; 95%-BI 0,8 tot 1,2).

Conclusies: de kwaliteit van het bewijs dat teerpreparaten effectief zijn bij de behandeling van constitutioneel eczeem is van zeer lage kwaliteit en bovendien niet gekwantificeerd. Er is geen verhoogd risico op maligniteit aangetoond bij lokaal gebruik van koolteer of liquor carbonis detergens.

Overwegingen: de samenstelling van de verschillende teren kan variëren naar gelang de herkomst van het materiaal. Koolteer en houtteer bevatten polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's) waarvan is vastgesteld dat ze carcinogeen zijn. Beide middelen zijn niet geregistreerd voor de behandeling van constitutioneel eczeem [KNMP 2013]. Teerpreparaten worden in geringe mate systemisch opgenomen en uitgescheiden via de urine [Roelofzen 2012]. Gegevens over veiligheid bij gebruik op jonge leeftijd ontbreken.

Aanbevelingen: teerpreparaten worden niet meer aanbevolen voor behandeling van constitutioneel eczeem in de huisartsenpraktijk.

33 Indifferentie middelen

Indifferentie middelen zijn basiscomponenten of een combinatie van basiscomponenten, zoals vaseline, paraffine, wolvet, cetomacrogolwas en lanettewas [KNMP 2013]. De behandeling met indifferente middelen is algemeen aanvaard als basisbehandeling van constitutioneel eczeem [NVDV 2006, in herziening, SIGN 2011]. Ervaring wijst uit dat indifferente middelen het gevoel van droogheid, jeuk en irritatie verminderen. De onderliggende hypothese is dat deze middelen de huidbarrière herstellen.

In een systematisch literatuuronderzoek (zoekdatum 2009) werd het effect van verschillende indifferente middelen op de ernst van het eczeem vergeleken [Schmitt 2011]. Er werden 7 RCT's gevonden (totaal 578 patiënten). De kwaliteit van de RCT's was zeer laag vanwege methodologische tekortkomingen, incomplete resultaten en gebruikte uitkomstmaten. Er werd geen verschil in effectiviteit tussen verschillende indifferente middelen aangetoond.

In een erna gepubliceerde RCT (n = 39, kinderen met mild tot matig ernstig eczeem) werd het effect van verschillende indifferente middelen op de ernst van eczeem vergeleken en werd ook de kosteneffectiviteit bepaald [Miller 2011]. Na 3 weken behandeling werd er geen verschil in effectiviteit tussen de verschillende middelen aangetoond. Het goedkoopste middel bleek dan ook het meest kosteneffectief.

In het systematisch literatuuronderzoek werd het effect van corticosteroiden in combinatie met indifferente middelen op de ernst van het eczeem vergeleken met corticosteroiden als monotherapie. Er werden 3 RCT's gevonden (totaal 311 patiënten). De kwaliteit van de RCT's was zeer laag, vanwege beperkte follow-up, gebruik van verschillende klassen corticosteroiden en ontbreken van directe vergelijkingen. In 1 RCT (173 kinde-

ren met matig tot ernstig eczeem) werd geen verschil gevonden tussen klasse-2- of klasse-3-corticosteroiden gecombineerd met indifferente behandeling vergeleken met klasse-2 of -3 als monotherapie. Gebruik van de hoeveelheid corticosteroid verschilde wel. Na 3 en 6 weken was er minder klasse-3-corticosteroid gebruikt in de combinatiegroep (klasse-3 plus indifferent middel) vergeleken met klasse-3-monotherapie (na 3 weken: 4,9 g versus 8,9 g; p = 0,02; na 6 weken: 8,6 g versus 14,7 g; p = 0,02). Er werd geen verschil aangetoond tussen klasse-2 gecombineerd met indifferente behandeling en klasse-2-monotherapie.

In de andere RCT (86 kinderen met mild tot matig eczeem) werden 5 behandelingen vergeleken (corticosteroiden 2 maal daags; corticosteroiden 2 maal daags plus indifferente behandeling 2 maal daags; corticosteroiden 1 maal daags; corticosteroiden 1 maal daags plus indifferente behandeling 2 maal daags; corticosteroid om de dag plus indifferente behandeling 2 maal daags). In alle groepen verbeterde het eczeem. Er werd geen verschil aangetoond tussen de verschillende behandelingen.

In de laatste RCT (52 kinderen met ernstig eczeem) werd het effect van een klasse-3-corticosteroid gecombineerd met indifferente behandeling op jeuk vergeleken met corticosteroidmonotherapie. Na 6 weken was jeuk (VAS 0 tot 10) in de groep met combinatiebehandeling significant minder dan in groep met monotherapie (2,5 versus 5,0; p = 0,002).

In het Informatorium Medicamentorum worden bij de indifferente middelen vaseline en wolvet (lanoline) bijwerkingen beschreven [KNMP 2013]. Bij gebruik van vaseline is (zeer zelden) allergisch contacteczeem gemeld. Ook is acne (zelden) gemeld. Acne ontstaat waarschijnlijk door bacteriegroei ten gevolge van het occlusieve effect van vaseline.

Wolvet (of lanoline) kan allergisch contacteczeem veroorzaken. Het risico hierop is verhoogd bij patiënten met een chronisch ontstoken en langdurig behandelde huid, zoals bij ulcus cruris en chronisch eczeem. In een gezonde populatie komt contacteczeem voor wolvet slechts zelden voor.

Conclusie: behandeling met indifferente middelen heeft een gunstig effect op de ernst van eczeem en vermindert de jeuk. Onduidelijk is welk middel het meest effectief is. Gebruik van indifferente middelen in combinatie met corticosteroiden lijkt de benodigde hoeveelheid corticosteroid te verminderen (corticosteroidsparend effect). Vaseline en wolvet (lanoline) kunnen in (zeer) zeldzame gevallen allergisch contacteczeem veroorzaken.

34 Indifferentie middelen en voorkeur van patiënten

Zalven zijn cosmetisch niet altijd acceptabel voor de patiënt. De keuze van het middel wordt bepaald door de gebruikservaringen van de patiënt. Vergoedingsaspecten en kosten kunnen ook een rol spelen bij de keuze van indifferente middelen (www.medicijnkosten.nl) [NVDV 2006, in herziening]. De kosten, exclusief het aflevertarief voor de apotheker, lopen uiteen van enkele euro's tot maximaal 8 euro bij 100 gram en zijn ook afhankelijk van het merk dat de apotheek op voorraad heeft. Overleg desgewenst met de afleverende apotheek. In de regel is het goedkoper om een grotere hoeveelheid tegelijk voor te schrijven, omdat per aflevering het aflevertarief betaald wordt. Het heeft de voorkeur crèmes en zalven in tubes voor te schrijven in plaats van in potten, omdat ze dan aanmerkelijk langer houdbaar zijn [KNMP 2013].

35 Indifferentie middelen en lokale corticosteroiden

Het advies om bij gelijktijdig gebruik van corticosteroiden de indifferente behandeling één uur na de corticosteroiden aan te brengen, is gebaseerd op instructies van de fabrikanten en klinische ervaring [Stewart 2013].

36 Werking lokale corticosteroiden

Een lokaal corticosteroid wordt via een receptor intracellulair opgenomen door cellen in de epider-

mis. Daar beïnvloedt het op DNA-niveau de aanmaak van eiwitten. De drie belangrijkste effecten zijn remming van de ontstekingsreactie, remming van de celdeling en vasoconstrictie. Jeuk als bijverschijnsel van de ontsteking wordt door corticosteroiden sterk verminderd. De halfwaardetijd van corticosteroiden van dezelfde klasse kan sterk verschillen. Van de klasse-3-preparaten heeft bijvoorbeeld fluticasonpropionaat een halfwaardetijd van 3 uur en betamethasonvaleraat een halfwaardetijd van 36 tot 48 uur. Er zijn aanwijzingen dat een korte halfwaardetijd minder systemische bijwerkingen (minder suppressie van cortisolspiegels) geeft. De basis waarin het corticosteroid is opgenomen beïnvloedt ook de absorptie. Zalven hebben een groter occlusief effect op de huid, waardoor het corticosteroid makkelijker opgenomen wordt. Bij kinderen met uitgebreid ernstig eczeem wordt in de tweede lijn fluticasonpropionaat en momethasonfuroaat gebruikt, vanwege de kortere halfwaardetijd [NVDV 2000, NVDV 2006, in herziening].

37 Voorbeelden van lokale corticosteroiden

De preparaten die als voorbeeld zijn genoemd zijn goedkope generieke middelen uit elke klasse. Er is slechts één klasse-1-corticosteroid beschikbaar [KNMP 2013]. In [tabel 8] staan overige lokale corticosteroiden.

38 Effectiviteit van lokale corticosteroiden en behandelstappen

Behandeling met corticosteroiden vermindert de ernst van constitutioneel eczeem en het aantal exacerbaties. Het is echter onbekend welk corticosteroid het meest effectief is en het is eveneens onbekend wat het meest effectieve behandelingschema is [SIGN 2011].

Uitgangspunt bij de toepassing van lokale corticosteroiden is het voorschrijven van een preparaat uit een zo laag mogelijke klasse, zodat bijwerkingen worden voorkomen, maar voldoende om het eczeem te behandelen. Doel van de behandeling is een volledige remissie van het eczeem. Bij ernstig eczeem kan echter beter met een hogere klasse worden begonnen, omdat de aandoening dan sneller verdwijnt en er uiteindelijk op termijn waarschijnlijk minder steroïden nodig zijn [NVDV 2006, in herziening]. De adviezen over de toe te passen corticosteroiden op diverse lokalisaties, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt (zie [tabel 9]) zijn gebaseerd op de richtlijn Dermatocorticosteroiden [NVDV 2000].

39 Frequentie van aanbrengen van corticosteroiden

In een systematisch literatuuronderzoek werd geen duidelijk verschil in effect aangetoond tussen 1 maal daags of 2 maal daags gebruik van klasse-2- en klasse-3-corticosteroiden [Green 2005].

De hoornlaag vormt waarschijnlijk een reservoir van waaruit het dermatocorticosteroid gedurende 24 tot 36 uur wordt afgegeven aan de onderliggende huidlagen en daarom is 1 maal per dag aanbrengen van het dermatocorticosteroid voldoende [KNMP 2013]. Bij de behandeling van een exacerbatie wordt gekozen op basis van klinische ervaring om snel effect te krijgen voor het kortdurende 2 maal daags aanbrengen van corticosteroiden [NVDV 2006, in herziening].

Als onderhoudsbehandeling nodig is, gaat de voorkeur uit naar behandeling op enkele aaneengesloten dagen per week ter voorkoming van bijwerkingen [NVDV 2000]. Thomas et al. deden onderzoek onder 207 kinderen met mild tot matig eczeem, grotendeels afkomstig uit de huisartsenpraktijk. Het onderzoek was dubbelblind en duurde 18 weken. De helft van de kinderen gebruikte continu 2 maal daags een klasse-1-corticosteroid, de helft 2 maal daags een klasse-3-corticosteroid, 3 dagen per week, gevolgd door de zalfbasis zonder werkzame stof gedurende 4 dagen. De onderzoekers vonden geen verschil in behandelings- en het optreden van lokale bijwerkingen [Thomas 2002].

Tabel 8 Overige lokale corticosteroiden

Klasse	Middel
klasse 2	hydrocortisonbutyraat 0,1%
	clobetasonbutyraat 0,05%
	flumetasonpivalaat 0,02%
klasse 3	betamethasondipropionaat 0,05%
	desoximetason 0,25%
	diflucortolonvaleraat 0,1%
	fluticasonpropionaat 0,005%
	momethasonfuroaat 0,1%

Tabel 9 Klassen corticosteroiden en lokalisatie

Lokalisatie	Klasse corticosteroid*
Romp, armen, benen, handen, voeten	1, 2, 3
Gelaat, oksels, liezen, genitaliën	1, 2
Schedel	2, 3
Hals, oren	1, 2, 3
Oogleden	1, 2

* Bij kinderen geldt: kinderen < 2 jaar: klasse 1, eventueel klasse 2, en kinderen > 2 jaar klasse 1 of 2, eventueel klasse 3.

40 Vingertop als maat voor hoeveelheid zelf

De vingertopteenheid (VTE) als maat voor de hoeveelheid zelf wordt geadviseerd in de JGZ-richtlijn Huidafwijkingen, de richtlijn Constitutioneel eczeem (in herziening) en in internationale richtlijnen voor de behandeling van constitutioneel eczeem in de eerste lijn [SIGN 2011, NICE 2007]. De KNMP gebruikt de VTE bij de gebruiksinstructie voor lokale corticosteroiden voor patiënten [KNMP 2013].

41 Bijwerkingen corticosteroiden

De bijwerkingen van lokale corticosteroiden kunnen onderverdeeld worden in lokale en systemische bijwerkingen.

Lokale bijwerkingen (atrofie, teleangiëctasieën, striae en papulopustels) komen vooral voor bij gebruik op huiddelen waar het stratum corneum dun is, zoals in het gelaat of de genitaalstreek of waarbij occlusie optreedt zoals in de huidplooien, en ontstaan na langer duren gebruik. Onderzoeken met een langere follow-up dan enkele weken zijn echter schaars [Hoare 2000]. In 2 dubbelblinde, placebogecontroleerde trials (112 en 295 patiënten uit de tweede lijn) waarin het gebruik van een klasse-3-corticosteroid 2 dagen per week gedurende 16 weken werd onderzocht, werden geen verschijnselen van huidatrofie aangetoond [Van der Meer 1999, Berth-Jones 2003].

In een andere dubbelblinde RCT (207 kinderen, met mild tot matig ernstig eczeem) naar het effect van onderhoudsbehandeling met een klasse-1- en een klasse-3-corticosteroid werd na 18 weken evenmin verschil in zichtbare huidatrofie aangetoond [Thomas 2002]. In een retrospectief Japans onderzoek werden 1271 patiënten geïncludeerd die gedurende de voorafgaande 6 maanden op een dermatologische polikliniek waren gevolgd. De duur van het eczeem varieerde van 1 maand tot 79 jaar (gemiddeld 3 jaar). Het optreden van teleangiëctasieën op de wangen en van huidatrofie in elleboogplooien/knieholten steeg met de leeftijd (dus naarmate de corticosteroiden langer werden gebruikt) en met de hoeveelheid en de sterkte van de gebruikte preparaten (gezicht: bij meer dan 20 g per 6 maanden; elleboogplooien/knieholten: bij meer dan 500 g per 6 maanden van de sterkere (niet precies gedefinieerde) preparaten [Furie 2003].

In een recenter systematisch literatuuronderzoek naar bijwerkingen van lokale corticosteroiden werd gesteld dat onderzoek van goede kwaliteit grotendeels ontbreekt [Callen 2007]. Secundaire infectie, huidatrofie, striae, branderig gevoel, jeuk, folliculitis, acneachtige laesies en teleangiëctasieën leken uit gecontroleerde onderzoeken geassocieerd met corticosteroidgebruik en afhankelijk van de gebruikte klasse corticosteroid. Contacteczeem veroorzaakt door lokale corticosteroiden werden alleen in case reports beschreven.

Systemische bijwerkingen: lokale corticosteroiden kunnen in de bloedbaan opgenomen worden en dan leiden tot systemische bijwerkingen. De hypothalamus-hypofyse-bijnierschors kan onderdrukt worden, met suppressie van de cortisolpro-

ductie als gevolg. Daarnaast kunnen bijwerkingen optreden met effect op de botdichtheid (osteoporose), de ogen (glaucoom en cataract) en de groei (groeiremming).

De mate van absorptie van lokale corticosteroiden is afhankelijk van het soort corticosteroid, de gebruikte basis en van huidgerelateerde factoren: 1. kinderen hebben een 2,5 tot 3 keer zo grote ratio tussen het huidoppervlak en het lichaamsgevoel; hierdoor kan de absorptie door de huid eerder leiden tot systemische beschikbaarheid; 2. de grootte van het aangedane huidoppervlak; 3. de barrièrefunctie van de huid: defecten in het huidbarrière-eiwit filaggrine en de mate van activiteit van het eczeem; 4. de locatie van de aangedane huid: er is grote variatie in de absorptie tussen verschillende huidgedeelten; waar het stratum corneum dun is zal absorptie gemakkelijker optreden; 5. duur van het gebruik; 6. gebruik van occlusieve middelen. Patiënten met constitutioneel eczeem hebben een verminderde barrièrefunctie van de huid, waardoor absorptie makkelijker kan optreden. Ook volgt uit bovenstaande huidgerelateerde factoren dat bij patiënten met ernstig en uitgebreid constitutioneel eczeem de absorptie groter kan zijn dan bij patiënten met mild tot matig constitutioneel eczeem [NVDV 2000, NVDV 2006, in herziening]. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat absorptie van lokale corticosteroiden te verwaarlozen is bij patiënten met constitutioneel eczeem in de tweede lijn tijdens onderhoudsbehandeling met corticosteroiden. Een verlaagd serumcortisolgehalte (maat voor effect op hypothalamus-hypofyse-bijnieras) werd bij patiënten die 100 g van een klasse 2 en 50 g van een klasse-4-preparaat namen nauwelijks aangetroffen. In een recent onderzoek naar het effect van lokale corticosteroiden op de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (23 patiënten, die werden opgenomen met een exacerbatie van constitutioneel eczeem) werden bij ontslag verlaagde cortisolspiegels gemeten bij dagelijks gebruik van 10 tot 30 g klasse-3- of -4-corticosteroid. Na gemiddeld 41 dagen was de cortisolspiegel genormaliseerd, bij gebruik van ongeveer 60 g klasse-3-corticosteroiden per week of ongeveer 40 g klasse-4-corticosteroiden per week [Van Velsen 2010].

Bij kinderen is er weinig bewijs van goede kwaliteit over de effecten van lokale corticosteroiden op de hypothalamus-hypofyse-bijnieras. Een klasse-3-preparaat (fluticasonpropionaat) is het best onderzocht. Tijdens kortdurend gebruik van hoeveelheden tot 30 g per week bij kinderen met constitutioneel eczeem < 2 jaar en tot 60 g bij kinderen ≥ 2 jaar komen verlaagde cortisolspiegels of een afwijkende ACTH-test nauwelijks voor. Andere klassen corticosteroiden zijn onvoldoende onderzocht, maar het lijkt dat onderhoudsbehandeling met een klasse-1- of -2-corticosteroiden minder vaak verlaagde cortisolspiegels geven dan klasse 3 of 4 [NVDV 2006, in herziening].

De hoeveelheden voor veilig gebruik wat betreft klinisch relevante bijwerkingen komen overeen met de adviezen over veilig gebruik van corticosteroiden in [tabel 6].

Over de effecten op botdichtheid, glaucoom, cataract en groeiremming is nauwelijks bewijs van goede kwaliteit gevonden. In een patiëntcontroleonderzoek (60 kinderen, leeftijd 5 tot 16 jaar) werd geen verschil in botdichtheid aangetoond bij gebruik van klasse-3-corticosteroiden vergeleken met geen gebruik [Van Velsen 2010]. In een cohortonderzoek (75 patiënten met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, gemiddelde leeftijd 40 jaar) werd geen verschil in botdichtheid gezien na 2 jaar behandeling met corticosteroiden [Van Velsen 2012].

In een retrospectief cohortonderzoek (88 patiënten met matig tot ernstig constitutioneel eczeem op de oogleden of periorbitaal, gemiddelde leeftijd 37 jaar) naar het risico op glaucoom en cataract bij lokaal corticosteroidgebruik, werd bij 7 patiënten cataract vastgesteld. Bij 2 patiënten leek het cataract geassocieerd met systemisch corticosteroidgebruik [Haack 2011].

In een patiëntcontroleonderzoek (n = 146, leeftijd 2 tot 21 jaar) naar het effect van corticosteroidgebruik bij kinderen met constitutioneel eczeem vergeleken met kinderen zonder eczeem werd geen effect op lengtegroei aangetoond [Thomas 2009].

Conclusies

Lokale bijwerkingen: bij gebruik van klasse-1- of klasse-2-corticosteroiden komen lokale bijwerkingen weinig voor.

Systemische bijwerkingen: behandeling met klasse-3- en klasse-4-corticosteroiden tijdens exacerbaties van constitutioneel eczeem beïnvloedt de cortisolspiegels. De klinische relevantie hiervan is onduidelijk. Effecten op de botdichtheid, glaucoom en groei zijn niet goed onderzocht. Bij gebruik van klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden zijn systemische bijwerkingen niet aangetoond.

42 Bijwerkingen corticosteroiden tijdens de zwangerschap

In een Cochrane-review (7 onderzoeken, 2 cohorten en 5 patiëntcontroleonderzoeken met in totaal 659.675 zwangeren) werd de veiligheid van lokale corticosteroiden tijdens de zwangerschap onderzocht. In 2 van de 7 onderzoeken werd een associatie gevonden tussen lokale corticosteroiden en bijwerkingen bij het kind. In een Australisch patiëntcontroleonderzoek (48 cases en 58 controles) werd het effect onderzocht van lokaal corticosteroidgebruik tijdens het eerste trimester van de zwangerschap op orofaciale schisis bij het kind. Vrouwen die lokale corticosteroiden hadden gebruikt hadden een hoger risico op een baby met een palatoschisis (gecorrigeerde OR 18,6; 95%-BI 1,3 tot 270). In een Senegalees cohortonderzoek werd het effect van een klasse-4-corticosteroid onderzocht (34 zwangeren met lokaal corticosteroidgebruik werden vergeleken met zwangeren die geen corticosteroiden gebruikten). Gebruik van klasse-4-corticosteroid gaf een significante daling in het geboortegewicht, de placenta en het placentacortisol (niet gekwantificeerd). De kwaliteit van alle 7 onderzoeken was laag tot zeer laag [Chi 2009].

In een later verschenen cohortonderzoek (UK General Practice Research Database) werd van 35.503 zwangeren aan wie lokale corticosteroiden werden voorgeschreven (85 dagen voor de laatste menstruatie tot aan de bevalling/foetale dood) en 48.630 zwangeren zonder corticosteroidgebruik, de zwangerschapsuitkomst bepaald. De voorgeschreven corticosteroiden werden ingedeeld naar sterkte. Er was geen significante associatie tussen blootstelling en schisis. Blootstelling van de moeder aan klasse-3- en klasse-4-corticosteroiden was wel geassocieerd met intra-uteriene groei vertraging (gecorrigeerd relatief risico 2,1; 95%-BI 1,4 tot 3,1). Er waren geen significante associaties tussen vroegtijdige bevalling en foetale dood [Chi 2011].

In een Deens cohort werd het risico op orofaciale schisis bepaald bij 22.480 zwangeren met corticosteroiden (oraal, per inhalatie, neusspray of lokaal dermatologisch gebruik) tijdens het eerste trimester en bij 810.156 zwangeren zonder corticosteroidgebruik. Er was geen associatie tussen corticosteroidgebruik en orofaciale schisis (OR 1,1; 95%-BI 0,8 tot 1,4). Er werd een marginale associatie tussen lokaal corticosteroidgebruik en orofaciale schisis gezien (gecorrigeerde OR 1,5; 95%-BI 1,0 tot 2,0). Er werd geen dosis-respons- of klasse-corticosteroid-responsrelatie aangetoond bij de gevonden associatie. De auteurs concludeerden dat de associatie waarschijnlijk berust op toevalsbevinding [Hviid 2011].

Er is ruime ervaring met gebruik van lokale klasse-1- en -2-corticosteroiden tijdens de zwangerschap. Deze middelen kunnen veilig gebruikt worden [Van Buren 2011].

Conclusie: er is voldoende bewijs dat lokale klasse-1- en klasse-2-corticosteroiden veilig gebruikt kunnen worden tijdens de zwangerschap. Er zijn aanwijzingen dat gebruik van klasse-3- en -4-corticosteroiden tijdens de zwangerschap geassocieerd is met intra-uteriene groeivertraging. Er is onvoldoende evidence voor een associatie tussen

Tabel 10 Basis-afbouwschema

Start met tweemaal daags corticosteroid smeren, bouw daarna af en stop

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7
Zaterdag	c c i	c i	i i	i i	i i	i i	i i
Zondag	c c i	c i	i i	i i	i i	i i	i i
Maandag	c c i	c i	c i	i i	i i	i i	i i
Dinsdag	c c i	c i	c i	c i	i i	i i	i i
Woensdag	c c i	c i	c i	c i	c i	i i	i i
Donderdag	c c i	c i	c i	c i	c i	c i	i i
Vrijdag	c c i	c i	c i	c i	c i	c i	c i

c: insmeren met corticosteroidzalf of -crème.

i: insmeren met indifferente middelen.

lokaal corticosteroidgebruik tijdens de zwangerschap en orofaciale schisis bij het kind.

43 Afbouwschema's

Er is geen onderbouwing voor gebruik van een bepaald afbouwschema bij corticosteroidgebruik. Als leidraad kunnen de op consensus gebaseerde afbouwschema's dienen. Overweeg bij snelle verbetering (na 3 tot 4 dagen) een snel-afbouwschema mee te geven.

44 Therapietrouwbevorderende interventies bij constitutioneel eczeem

Er zijn geen onderzoeken gevonden naar het effect van therapietrouwbevorderende interventies bij constitutioneel eczeem in de eerste lijn.

45 Voeding en constitutioneel eczeem

In een Cochrane-review werd het effect onderzocht van een antigeenmijdend dieet tijdens de zwangerschap en/of de lactatie op het ontwikkelen van een atopische aandoening en als behandeling [Kramer 2012]. Er werd geen positief effect aangetoond van een allergeenmijdend dieet bij de moeder op het klinische beeld bij zuigelingen met constitutioneel eczeem (1 RCT, n = 34). Uitkomstmaten waren het aangedane huidoppervlak en de ernst na 4 weken dieet. Zie verder de NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid.

46 Verbandpakmiddelen

Het doel van verbandpakmiddelen bij constitutioneel eczeem is vermindering van de klachten van het eczeem, met name de jeuk en de beschadiging van de huid door krabben. Er zijn verschillende soorten verbandpakmiddelen op de markt. Zij zijn gemaakt van gladde materialen zoals katoen en zijde en zijn al dan niet geïmpregneerd met antibacteriële middelen. Er is onvoldoende bewijs dat verbandpakmiddelen een gunstig effect hebben op constitutioneel eczeem. Op basis van ervaring wordt gesteld dat verbandpakmiddelen, gemaakt van dunne en gladde vezels, wel toegevoegde waarde hebben omdat zulke stoffen geen irritatie van de huid geven. Vooral bij patiënten met uitgebreid matig en ernstig constitutioneel eczeem met veel jeuk, die langdurig klasse-2- en -3-corticosteroiden gebruiken (en waarbij het niet lukt de frequentie van smeren of het corticosteroidniveau omlaag te brengen) [NVDV 2012].

47 Patiëntenvereniging voor constitutioneel eczeem

Voor de website van de Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem zie www.vmcne.nl.

48 Antihistaminica

In een systematisch literatuuronderzoek van Hoare et al. wordt geconcludeerd dat er van orale antihistaminica geen duidelijke effecten zijn aangetoond wat betreft vermindering van jeuk en verbetering van constitutioneel eczeem. Onderzoeken met sederende antihistaminica bevatten relatief weinig patiënten, zodat de groepen mogelijk te klein zijn geweest om verschillen aan te tonen. Met niet-sederende antihistaminica zijn gro-

tere onderzoeken gedaan, met wisselende, niet overtuigende resultaten [Hoare 2000]. In een recente Cochrane-review naar het effect van orale antihistaminica (als monotherapie) op jeuk bij constitutioneel eczeem voldeed geen RCT aan de inclusiecriteria [Apfelbacher 2013]. In de NVDV-richtlijn Constitutioneel eczeem laat men op grond van praktijkervaring alleen ruimte voor het voorschrijven van sederende antihistaminica bij nachtelijke slapeloosheid door jeuk [NVDV 2006, in herziening]. Gebruik bij kinderen jonger dan 1 jaar wordt ontraden, promethazine bij kinderen jonger dan 2 jaar, in verband met een gering risico op wiegendood. Bij het gebruik van sederende antihistaminica is paradoxale stimulering van het centrale zenuwstelsel en reversibele dyskinesie mogelijk, vooral bij kinderen en ouderen [KNMP 2013]. Let op beïnvloeding van de rijvaardigheid door deze middelen. Ook bij het gebruik tijdens zwangerschap en lactatie gelden beperkingen. Zie voor actuele informatie de Teratologie Informatie Service van Lareb [Lareb 2013].

In [tabel 12] wordt een overzicht gegeven van sederende antihistaminica die bij hevige nachtelijke jeuk kortdurend (maximaal 1 tot 2 weken) voor de nacht voorgeschreven kunnen worden.

49 Schema onderhoudsbehandeling

Er is geen onderbouwing voor een bepaalde onderhoudsbehandeling ter preventie van exacerbaties bij constitutioneel eczeem [SIGN 2011]. Als onderhoudsbehandeling nodig is, gaat de voorkeur uit naar behandeling op enkele aaneengesloten dagen per week ter voorkoming van bijwerkingen [NVDV 2000]. Thomas et al. deden onderzoek onder 207 kinderen met mild tot matig eczeem, grotendeels afkomstig uit de huisartsenpraktijk. Het onderzoek was dubbelblind en duurde 18 weken. De helft van de kinderen gebruikte continu 2 maal daags hydrocortisonzalf 1%, de helft 2 maal daags betamethasonvaleraatzalf 0,1% (klasse 3), 3 dagen per week, gevolgd door de zalfbasis zonder werkzame stof gedurende 4 dagen onderhoudstherapie. De onderzoekers vonden geen verschil in behandelings- en het optreden van lokale bijwerkingen [Thomas 2002]. Over onderhoudsbehandeling met corticosteroiden van lagere klassen is geen onderzoek beschikbaar.

Tabel 11 Snel-afbouwschema

Start met tweemaal daags corticosteroid smeren, bouw daarna af en stop

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7
Zaterdag	c c i	c i	i i	i i	i i	i i	i i
Zondag	c c i	i i	i i	i i	i i	i i	i i
Maandag	c c i	i i	i i	i i	i i	i i	i i
Dinsdag	c c i	c i	c i	i i	i i	i i	i i
Woensdag	c i	c i	c i	c i	i i	i i	i i
Donderdag	c i	c i	c i	c i	c i	i i	i i
Vrijdag	c i	c i	i i	i i	i i	i i	i i

c: insmeren met corticosteroidzalf of -crème.

i: insmeren met indifferente middelen.

Er is geen onderbouwing voor gebruik van een bepaald onderhoudsschema bij corticosteroidgebruik. Als leidraad kunnen de op consensus gebaseerde afbouwschema's dienen.

50 Impetiginisatie van constitutioneel eczeem

Bij 90% van de mensen met actief constitutioneel eczeem kan *Staphylococcus aureus* worden aangetoond op de huid. Bij mensen met een gezonde huid is dat < 5%. De mate van kolonisatie houdt verband met de ernst van het eczeem. Door behandeling met corticosteroiden vermindert de mate van kolonisatie doordat de conditie van de huid verbetert.

In een systematisch literatuuronderzoek werd geen verschil in klinisch effect aangetoond tussen behandeling met lokaal corticosteroid gecombineerd met antibiotica en behandeling met alleen corticosteroid [Bath-Hextall 2010]. In een Cochrane-review werd de effectiviteit van behandeling van klinisch geïnfecteerd (of wel geïmpetiginiseerd) eczeem met lokale en orale antibiotica onderzocht [Koning 2012]. Er werden slechts 3 RCT's geïncludeerd. In 1 RCT (n = 159) werd geen verschil aangetoond tussen lokale en orale antibiotica. In een tweede RCT (n = 79) was de combinatie van een klasse-3-corticosteroid en een lokaal antibioticum effectiever in vergelijking met een lokaal antibioticum (RR 2,4; 95%-BI 1,3 tot 4,6). In de laatste RCT (n = 10) werd geen verschil in effect tussen 2 verschillende orale antibiotica aangetoond.

De werkgroep is van mening dat bij lokaal beperkte impetiginisatie van constitutioneel eczeem niet direct met orale antibiotica hoeft te worden begonnen. Men kan eerst het eczeem intensiever behandelen, zo nodig in combinatie met de gebruikelijke lokale antibiotische behandeling voor beperkte impetigo. In een Cochrane-review beschrijven Koning et al. dat fusidinezuur en mupirocine in dat geval even effectief zijn [Koning 2012]. Fusidinezuur is eerste keus, gezien de rol van mupirocine bij de bestrijding van de meticillineresistente *S. aureus*. De behandelduur dient kort te zijn om resistentievorming tegen fusidinezuur te voorkomen.

51 Niet-medicamenteuze adviezen contacteczeem

De niet-medicamenteuze adviezen zijn overgenomen uit de richtlijn Contacteczeem [NVDV 2013].

52 Samenwerking met bedrijfsarts bij contacteczeem

Als de huisarts en de patiënt samen tot de conclusie zijn gekomen dat de huidbelasting op de werkplek een rol speelt, is het aangewezen om contact op te nemen met de bedrijfsarts. Als het bedrijf van de patiënt over een bedrijfsarts beschikt kan deze ervoor zorgen dat onderzoek naar huidbelastende factoren op de werkplek wordt verricht. De huisarts adviseert de patiënt contact op te nemen met de eigen bedrijfsarts en geeft de patiënt daartoe een brief met relevante informatie en de vraagstelling mee. Overigens zal een bedrijfsarts die zich alleen bezighoudt met verzuimdiagnostiek werknemers met een vermoeden van contacteczeem niet pri-

Tabel 12 Voorbeelden sederende antihistaminica*

dimetindeen, druppelvloeistof 1 mg/ml	1 tot 3 jaar: voor de nacht 10 tot 15 druppels
1 ml = 1 mg = 20 druppels	3 tot 12 jaar: voor de nacht 15 tot 20 druppels
1 druppel = 50 microg	≥ 12 jaar: voor de nacht 1 tot 2 ml
hydroxyzine, tablet 25 mg	≥ 18 jaar: voor de nacht 25 mg
promethazine, siroop 1 mg/ml, tablet 25 mg	2 tot 18 jaar: voor de nacht 0,1 tot 0,2 mg/kg, maximaal 25 mg
	≥ 18 jaar: voor de nacht 25 mg

* gebaseerd op Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij kinderen [NKKF 2012] en KNMP 2013.

mair zien, omdat deze aandoening niet vaak leidt tot werkverzuim. Het is de taak van een bedrijfsarts om zowel aan de werkgever als aan de patiënt advies te geven over reductie van belasting door huid-irriterende factoren op het werk. De bedrijfsarts informeert de huisarts per brief over zijn beleid. Indien de bedrijfsarts verwijzing naar een dermatoloog voor aanvullende diagnostiek of behandeling noodzakelijk acht, informeert hij de huisarts hierover en verwijst de bedrijfsarts naar de dermatoloog. Als de huisarts verwijzing naar de dermatoloog nodig acht voor aanvullende diagnostiek, stuurt hij informatie van de bedrijfsarts over huid-belastende factoren op de werkplek, indien aanwezig, mee naar de dermatoloog [NVDV 2013].

53 Behandeling van acrovesiculeus eczeem

De behandeling van acrovesiculeus eczeem is grotendeels gebaseerd op klinische ervaring [Coenraads 2012].

54 Behandeling hypostatisch eczeem met corticosteroiden

Er is weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van hypostatisch eczeem met lokale corticosteroiden.

In een dubbelblinde placebocontroleerde RCT (19 patiënten met mild tot matig hypostatisch eczeem, gemiddelde leeftijd 73 jaar) werd het effect van behandeling met een klasse-3-corticosteroid vergeleken met placebo. Er werd geen verschil

aangetoond in verbetering van het klinische beeld na 2 en 4 weken [Weiss 2005]. In een andere dubbelblinde placebocontroleerde RCT (n = 60) werd een klasse-3-corticosteroid vergeleken met een klasse-2-corticosteroid. Na 10 dagen was er significante verbetering van het klinische beeld bij behandeling met de klasse-2- en klasse-3-corticosteroiden vergeleken placebo [Henry 1980].

In dermatologiehandboeken voor de eerste lijn wordt kortdurende behandeling met klasse-1- en -2-corticosteroiden aanbevolen en een compressieverband ter bestrijding van het oedeem [Sillevis Smitt 2009, Schallock 2011]. Voor compressietherapie wordt verwezen naar de NHG-Standaard Varices.

55 Controle van de behandeling

Op basis van ervaring en consensus adviseert de werkgroep het effect van de behandeling van eczeem na één tot twee weken te controleren.

56 Verwijzing bij contacteczeem en acrovesiculeus eczeem

De termijn voor verwijzing is conform het advies in de richtlijn Contacteczeem [NVDV 2013].

LITERATUURLIJST

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie www.nhg.org.

Apfelbacher CJ, Van Zuuren EJ, Federowich Z, Jupiter A, Mattene U, Weischaar E. Oral H1 antihistamines as monotherapy for eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD007770.

Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le RA, Fontenoy AM, Nguyen JM, Leux C, et al. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a study of its nature, origins and frequency. *Br J Dermatol* 2011;165:808-14.

Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce staphylococcus aureus in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. *Br J Dermatol* 2010;163:12-26.

Ben-Gashir MA, Hay RJ. Reliance on erythema scores may mask severe atopic dermatitis in black children compared with their white counterparts. *Br J Dermatol* 2002;147:920-5.

Bendsøe N, Bjornberg A, Asnes H. Itching from wool fibres in atopic dermatitis. *Contact Dermatitis* 1987;17:21-2.

Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, Lviden JK, Van Hootechem O, Allegra F, et al. Twice weekly fluticasone propionate added to emollient maintenance treatment to reduce risk of relapse in atopic dermatitis: randomised, double blind, parallel group study. *BMJ* 2003;326:1367.

Brenninkmeijer EE, Schram ME, Leeflang MM, Bos JD, Spuls PI. Diagnostic criteria for atopic dermatitis: a systematic review. *Br J Dermatol* 2008;158:754-65.

Callen J, Chamlin S, Eichenfield LF, Ellis C, Girardi M, Goldfarb M, et al. A systematic review of the safety of topical therapies for atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2007;156:203-21.

Charman C, Williams H. The use of corticosteroids and corticosteroid phobia in atopic dermatitis. *Clin Dermatol* 2003;21:193-200.

Charman CR, Venn AJ, Williams H. Measuring atopic eczema severity visually: which variables are most important to patients? *Arch Dermatol* 2005;141:1146-51.

Chi CC, Lee CW, Wojnarowska F, Kirtschig G. Safety of topical corticosteroids in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD007346.

Chi CC, Mayon-White RT, Wojnarowska FT. Safety of topical corticosteroids in pregnancy: a population-based cohort study. *J Invest Dermatol* 2011;131:884-91.

Coenraads PJ. Hand eczema. *N Engl J Med* 2012;367:1829-37.

Commissie Farmaceutische Hulp. Farmacotherapeutisch kompas 2012. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2012. <http://www.fk.cvk.nl>.

Cookson WO, Moffatt ME. The genetics of atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2002;2:383-7.

De Benedictis FM, Franceschini F, Hill D, Nasipitz C, Simons FE, Wahn U, et al. The allergic sensitization in infants with atopic eczema from different countries. *Allergy* 2009;64:295-303.

Diepgen TL, Stäbeler A, Hornstein OP. Textile intolerance in atopic eczema: a controlled clinical study. *Z Hautkr* 1990;65:907-10.

Dirven-Meijer PC, Glazenburg EJ, Mulder PG, Oranje AP. Constitutioneel eczeem bij kinderen; een prospectief onderzoek naar prevalentie en ernst. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:B404.

EMA. Protopic: EPAR - summary for the public (2013). http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000374/human_med_001000.jsp&mid=WC0b01ac058001d124.

Flohr C, Johansson SG, Wahlgren CF, Williams H. How atopic is atopic dermatitis? *J Allergy Clin Immunol* 2004;114:150-8.

Friedmann PS, Holden CA. Atopic Dermatitis. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology*. Blackwell Science, 2004;18:1-18.31.

Furie M, Terao H, Rikihisa W, Urabe K, Kinukawa N, Nose Y, et al. Clinical dose and adverse effects of topical steroids in daily management of atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2003;148:128-33.

Gerth van Wijk R, Van Cauwenberge PB, Johansson SG. Herziene terminologie voor allergie en verwante aandoeningen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:2289-93.

Green C, Colquitt JL, Kirby J, Davidson P. Topical corticosteroids for atopic eczema: clinical and cost effectiveness of once-daily vs. more frequent use. *Br J Dermatol* 2005;152:130-41.

Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis-a prospective follow-up to 7 years of age. *Allergy* 2000;55:240-5.

Gutgesell C, Heise S, Seubert S, Seubert A, Domhof S, Brunner E, et al. Double-blind placebo-controlled house dust mite control measures in adult patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2001;145:70-4.

Haack IM, Rouwen TJ, Timmer-de ML, De Bruin-Weller MS, Bruijnzeel-Koomen CA. Topical corticosteroids in atopic dermatitis and the risk of glaucoma and cataracts. *J Am Acad Dermatol* 2011;64:275-81.

Hald M, Agner T, Blands J, Ravn H, Johansen JD. Allergens associated with severe symptoms of hand eczema and a poor prognosis. *Contact Dermatitis* 2009;61:101-8.

Henry M, Hanks G, Whelan A. A randomized, double-blind therapeutic trial of 0.25% desoxymethasone and 0.1% hydrocortisone 17-butyrate in the treatment of varicose eczema. *Curr Med Res Opin* 1980;6:502-6.

Hoare C, Li Wan PA, Williams H. Systematic review of treatments for atopic eczema. *Health Technol Assess* 2000;4:1-191.

Holm L, Bengtsson A, Van Hage-Hamsten M, Ohman S, Scheynius A. Effectiveness of occlusive bedding in the treatment of atopic dermatitis-a placebo-controlled trial of 12 months' duration. *Allergy* 2001;56:152-8.

Hviid A, Molgaard-Nielsen D. Corticosteroid use during pregnancy and risk of orofacial clefts. *CMAJ* 2011;183:796-804.

Illi S, Von Mutius E, Lau S, Nickel R, Gruber C, Niggemann B, et al. The natural course of atopic dermatitis from birth to age 7 years and the association with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2004;113:925-31.

Imai S, Takeuchi S, Mashiko T. Jahreszeitliche Änderungen im Verlauf des atopischen Ekzems. *Hautarzt* 1987;38:599-602.

KNMP. Gebruiksaanwijzing VTE (2013). <http://www.knmp.nl/downloads/nieuws/Patientenflyersmeren.pdf>.

KNMP. Informatorium Medicamentorum 2013. Den Haag: KNMP, 2013.

Koning S, Van der Sande R, Verhagen AP, Van Suijlekom-Smit LW, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1:CD003261.

Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD000133.

- Krämer U, Weidinger S, Darsow U, Mohrenschlager M, Ring J, Behrendt H. Seasonality in symptom severity influenced by temperature or grass pollen: results of a panel study in children with eczema. *J Invest Dermatol* 2005;124:514-23.
- Lareb. Teratologie Informatie Service (2013). http://www.lareb.nl//Teratologie/Naslagwerk-GZB/GZB---Zwangerschap#TOC_Literatuur.
- Linna O, Kokkonen J, Lahtela P, Tammela O. Ten-year prognosis for generalized infantile eczema. *Acta Paediatr* 1992;81:1013-6.
- Mäлкönen T, Alanko K, Jolanki R, Luukkonen R, Aalto-Korte K, Lauerma A, et al. Long-term follow-up study of occupational hand eczema. *Br J Dermatol* 2010;163:999-1006.
- Mandelin J, Remitz A, Virtanen H, Reitamo S. One-year treatment with 0.1% tacrolimus ointment versus a corticosteroid regimen in adults with moderate to severe atopic dermatitis: A randomized, double-blind, comparative trial. *Acta Derm Venereol* 2010;90:170-4.
- Meding B, Lantto R, Lindahl G, Wrangsjö K, Bengtsson B. Occupational skin disease in Sweden - a 12-year follow-up. *Contact Dermatitis* 2005;53:308-13.
- Miller DW, Koch SB, Yentzer BA, Clark AR, O'Neill JR, Fountain J, et al. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial. *J Drugs Dermatol* 2011;10:531-7.
- NCJ. JGZ-richtlijn Huidafwijkingen. Taakomschrijving en richtlijn voor de preventie, signalering, diagnostiek, begeleiding, behandeling en verwijzing (2012). <http://www.ncj.nl/bibliotheek/richtlijnen/details/19/jgz-richtlijn-huidafwijkingen-preventie-signalering-diagnostiek-begeleiding-behandeling-en-verwijzing>.
- NCvB. Signaleringsrapport Beroepsziekten (2007). <http://www.beroepsziekten.nl/content/publicaties-2010>.
- NKFK. Kinderformularium (2012). <http://www.kinderformularium.nl/search/atc2.php?level=ANTIPRURITICA,INCL.ANTIHISTAMINICA,AN-AESTHETICA.ETC>.
- NICE. Atopic eczema in children; management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years (2007). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG057FullGuideline.pdf>.
- NIVEL. LINH-zorgregistratie huisartsen. Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk (2013). <http://www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentie-cijfers-in-de-huisartsenpraktijk>.
- Novak N, Bieber T, Leung DY. Immune mechanisms leading to atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:S128-S139.
- Novak N, Kruse S, Potreck J, Maintz L, Jenneck C, Weidinger S, et al. Single nucleotide polymorphisms of the IL18 gene are associated with atopic eczema. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:828-33.
- NVDV. Richtlijn Dermatocorticosteroiden (2000). <http://www.huidarts.info/documents/?v=2&id=73>.
- NVDV. Richtlijn Constitutioneel Eczeem (2006, in herziening). <http://www.huidarts.info/documents/default.aspx?lid=1&id=70>.
- NVDV. Rapport Verbandmiddelen bij constitutioneel eczeem (2012). <http://www.huidarts.info/documents/default.aspx?lid=1&id=70>.
- NVDV. Richtlijn Contacteczeem (2013). <http://www.huidarts.info/documents/default.aspx?lid=1&id=231>.
- Oosting AJ, De Bruin-Weller MS, Terreehorst I, Tempels-Pavlica Z, Aalberse RC, De Monchy JC, et al. Effect of mattress encasings on atopic dermatitis outcome measures in a double-blind, placebo-controlled study: the Dutch mite avoidance study. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110:500-6.
- Ricci G, Patrizi A, Specchia F, Menna L, Bottau P, D'Angelo V, et al. Effect of house dust mite avoidance measures in children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2000;143:379-84.
- Roelofzen JH, Aben KK, Oldenhof UT, Coenraads PJ, Alkemade HA, Van de Kerkhof PC, et al. No increased risk of cancer after coal tar treatment in patients with psoriasis or eczema. *J Invest Dermatol* 2010;130:953-61.
- Roelofzen JH, Van der Valk PG, Godschalk R, Dettbarn G, Seidel A, Golsteijn L, et al. DNA adducts in skin biopsies and 1-hydroxypyrene in urine of psoriasis patients and healthy volunteers following treatment with coal tar. *Toxicol Lett* 2012;213:39-44.
- Schalock PC, Hsu JTS, Arndt KA. Lippincott's Primary Care Dermatology. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
- Schmitt J, Apfelbacher CJ, Flohr C. Eczema. *Clin Evid* 2011;05:1716.
- Schmitt J, Langan S, Deckert S, Svensson A, Von Kobyletzki L, Thomas K, et al. Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: A systematic review and recommendation. *J Allergy Clin Immunol* 2013.
- SIGN. Management of atopic eczema in primary care (2011). <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign125.pdf>.
- Sillevis Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink ThM, Van der Horst HE. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- Slutskey JB, Clark RA, Remedios AA, Klein PA. An evidence-based review of the efficacy of coal tar preparations in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis. *J Drugs Dermatol* 2010;9:1258-64.
- Stewart SM, Pasmans SGMA, De Bruin-Weller MS. Dermatocorticosteroiden bij constitutioneel eczeem. *Huisarts Wet* 2013;56:346-50.
- Tariq SM, Matthews SM, Hakim EA, Stevens M, Arshad SH, Hide DW. The prevalence of and risk factors for atopy in early childhood: a whole population birth cohort study. *J Allergy Clin Immunol* 1998;101:587-93.
- Thijs JL, Damoiseaux RA, Lucassen P, Pasmans SG, De Bruin-Weller M, Bruijnzeel-Koomen CA. Allergologisch onderzoek bij constitutioneel eczeem. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A5652.
- Thomas KS, Armstrong S, Avery A, Po AL, O'Neill C, Young S, et al. Randomised controlled trial of short bursts of a potent topical corticosteroid versus prolonged use of a mild preparation for children with mild or moderate atopic eczema. *BMJ* 2002;324:768-71.
- Thomas MW, Panter AT, Morrell DS. Corticosteroids' effect on the height of atopic dermatitis patients: a controlled questionnaire study. *Pediatr Dermatol* 2009;26:524-8.
- Van Buren HCS, De Gier JJ, Eimermann VE. Commentaren Medicatiebewaking 2011/2012. 24e dr. Houten: Health Base, 2011.
- Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 5e dr. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2008.
- Van den Oord RA, Sheikh A. Filaggrin gene defects and risk of developing allergic sensitisation and allergic disorders: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b2433.
- Van der Meer JB, Glazenburg EJ, Mulder PG, Eggink HF, Coenraads PJ. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis-Study Group. *Br J Dermatol* 1999;140:1114-21.
- Van Velsen SG, Knol MJ, Van Eijk RL, De Vroede MA, De Wit TC, Lam MG, et al. Bone mineral density in children with moderate to severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:824-31.
- Van Velsen SG, Haack IM, Knol MJ, Lam MG, Bruijnzeel-Koomen CA. Two-year assessment of effect of topical corticosteroids on bone mineral density in adults with moderate to severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2012;66:691-3.
- Weiss SC, Nguyen J, Chon S, Kimball AB. A randomized controlled clinical trial assessing the effect of betamethasone valerate 0.12% foam on the short-term treatment of stasis dermatitis. *J Drugs Dermatol* 2005;4:339-45.
- Willemsen MG, Van Valburg RW, Dirven-Meijer PC, Oranje AP, Van der Wouden JC, Moed H. Determining the severity of atopic dermatitis in children presenting in general practice: an easy and fast method. *Dermatol Res Pract* 2009;2009:357046.
- Williams JR, Burr ML, Williams HC. Factors influencing atopic dermatitis - a questionnaire survey of schoolchildren's perceptions. *Br J Dermatol* 2004;150:1154-61.