

Lentigo solaris

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk' wordt gepubliceerd in de volgende druk van het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistingh Neven en anderen, 7^e druk. Amsterdam: Reed Business Education. Publicatie in *Huisarts en Wetenschap* gebeurt met toestemming van de uitgever.

INLEIDING

Lentigo solaris komt bij ouderen vaak voor. Onder blanke 60-plussers is de prevalentie 90%.¹ In de huisartsregistratiesystemen wordt lentigo solaris niet apart gecodeerd, maar waarschijnlijk ondergebracht in de ICPC-code S82 (naevus/ moedervlek).² Lentigines solares zijn zelden de reden voor een spreekuurbezoek, omdat algemeen bekend is dat deze vlekken bij het ouder worden horen. Voor sommige mensen leiden de gekleurde vlekken tot cosmetische en psychosociale bezwaren vanwege de kleur, grootte en lokalisatie. Vooral vlekken in het gezicht kunnen als storend ervaren worden. Een enkele keer bestaat er ongerustheid over mogelijke kwaadaardigheid.

ACHTERGROND

Definitie

Lentigo solaris is een goedaardige huidaandoening, die gekenmerkt wordt door egaal gepigmenteerde maculae op door zon beschonnen delen van de huid.^{1,3} Andere namen voor lentigo solaris zijn lentigo senilis, lentigo benigna, lentigo actinica, 'levervlek', 'zonnevlek' en 'ouderdomsvlek'.

Etiologie

Lentigines solares worden veroorzaakt door het mutagene effect van herhaaldelijke blootstelling van de huid aan ultraviolette straling. Deze zet melanocyten aan tot melanineproductie en zorgt ook voor verlenging van de retelijsten. De melanine wordt via melanosomen verplaatst naar de keratocyten. Bij histologisch onderzoek vindt men dan ook veel gehyperpigmenteerde keratocyten en actieve melanocyten.⁴ Frequent en langdurig zonnebaden vergroot de kans op het krijgen van lentigo solaris, evenals bruinen onder de zonnebank en psoraleen-ultraviolet-A-(PUVA-)lichttherapie. In tegendeel tot wat vaak gedacht wordt, is er geen relatie gevonden met een specifiek(e) haarkleur of huidtype.⁵

De prognose van lentigo solaris is in principe goed. Er zijn geen gevallen van maligne ontaarding gedocumenteerd. Sommige vlekken vervagen in de loop der tijd of verdwijnen zelfs helemaal; andere vlekken blijven onveranderd of worden groter. De aanwezigheid van een of meer lentigines solares

geeft wel een verhoogd risico op het krijgen van zongerelateerde vormen van huidkanker.³

Het gevaar van een atypische lentigo solaris is dat het soms een niet-herkend melanoom is, met name een lentigo maligna (ziekte van Dubreuilh). Differentiaaldiagnostisch moet men verder denken aan verrucae seborrhoeicae, lentigo simplex (epidermale melanocytair naevus), epitheliden (sproeten), melasma, gepigmenteerde actinische keratosen en junctio-neel melanocytair naevi (overgang dermis-epidermis). Bij kinderen die al erg jong veel lentigines solares hebben, moet men denken aan xeroderma pigmentosa.³

DIAGNOSTIEK

De huisarts vraagt naar duur en verandering (kleur, grootte, bloeding) van de vlekken, naar verandering van de vlekken tijdens de winter en of er andere soortgelijke vlekken zijn. Ook is het relevant om te informeren naar blootstelling aan UV-licht (zoals frequente zonverbranding) in het verleden, of er melanomen in de familie voorkomen en of er eerdere huidmaligniteiten geweest zijn.

Een lentigo solaris presenteert zich als een gepigmenteerde macula op huid die is blootgesteld aan zonlicht of kunstmatig UV-licht. Meestal zijn dit gezicht, schouders, armen, dorsale zijde van de handen en bovenlichaam. De grootte varieert van kleiner dan een millimeter tot enkele centimeters. De rand kan glad zijn maar ook erg grillig. Op een ernstig beschadigde huid confluëren de vlekken vaak tot een grote vlek. De kleur varieert van licht- tot donkerbruin. Het oppervlak is vlak of ligt iets in de huid en kan gespleten worden door rimpels.³ Verder kunnen er meer goedaardige tekenen van zonblootstelling aanwezig zijn, zoals verrucae seborrhoeicae, actinische keratosen en sproeten.

VEEL TOEGEPASTE BEHANDELINGEN

Als er geen klachten zijn en de diagnose duidelijk is, volstaat een afwachtend beleid.

Bij cosmetische bezwaren kan behandeling overwogen worden.^{1,3} Vooral bij mensen met een donker huidtype moet uitgelegd worden dat alle behandelingen hypopigmentatie tot gevolg kunnen hebben.

Aanstippen met stikstof: de lentigines worden gedurende maximaal vijf seconden aangestipt. Het resultaat is pas goed te beoordelen na ongeveer een half jaar. Een enkele keer ontstaat er echter hypopigmentatie, die meestal na een aantal maanden weer verdwijnt.

Blekende crèmes, zoals tretinoïne crème 0,05% of adapaleen-gel 0,1%, zijn een eenvoudige en relatief goedkope mogelijkheid. Het nadeel is dat ze langdurig gebruikt moeten worden om een goed resultaat te bereiken.⁶

Behandeling met laser of *intense pulsed light* (IPL) wordt bij privéklinieken en in ziekenhuizen ook toegepast. De kosten

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: A. de Koning, huisarts; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

hiervan worden over het algemeen niet vergoed.⁷

Manuele abrasie (handmatig afschuren van de huid) is erg pijnlijk en kan littekens en hyper- en hypopigmentaties geven. Dit wordt dan ook ontraden.

Verwijzing is noodzakelijk als er onzekerheid bestaat over de diagnose en een maligne aandoening niet uit te sluiten is.

METHODE

We zochten in PubMed naar gecontroleerd onderzoek en systematische reviews met de zoekterm “lentigo” [MeSH] gecombineerd met respectievelijk “cryotherapy” [MeSH Terms], “laser therapy” [MeSH Terms], “trichloroacetic acid” [MeSH Terms], “tretinoin” [MeSH Terms], hydroquinone [Text Word] en adapalene [Text Word]. In de Cochrane Library vonden we geen systematische reviews.

KLINISCHE VRAGEN

Wat is het effect van behandeling met stikstof?

Gunstig effect. Er werd geen gecontroleerd onderzoek gevonden over de effectiviteit van de gebruikelijke cryotherapie (vloeibare stikstof -196° C). Wel vonden we een klein gerandomiseerd onderzoek met 20 patiënten waar lokale behandeling met stikstof -32° gedurende 5 seconden vergeleken werd met een behandeling gedurende 10 seconden.⁸ Bij de korte behandelingsduur was 80% van de lentigines verdwenen; bij de lange behandelingsduur 100%.

Nadelig effect. Geringe huidatrofie werd bij de korte behandelingsduur in 10% van de gevallen aangetroffen; bij de langere durende behandeling was dit bij 60% het geval.

Wat is het effect van laserbehandeling?

Gunstig effect. In een RCT werden 3 vormen van lasertherapie vergeleken met vloeibare stikstof bij 27 patiënten met lentigines op de handen.⁹ De geïncludeerde patiënten hadden ten minste 6 lentigines op elke handrug. De handrug werd in twee delen verdeeld, zodat er per patiënt 4 behandelingen (3 lasertoepassingen en 1 stikstof) toegepast konden worden. De behandeling werd aselect uitgevoerd, zodat bij iedere patiënt stikstof én de 3 laservormen toegepast werden. De resultaten werden na 6 respectievelijk 12 weken beoordeeld bij 25 patiënten (2 patiënten konden niet beoordeeld worden). Het effect van stikstof was na 6 weken bij 85% goed en bij 15% gering. Na 12 weken was het resultaat bij 87% goed en bij 13% gering. Met laser was het effect na 6 weken bij 91% goed en bij 9% gering. Na 12 weken waren de resultaten met laser bij 94% goed en bij 6% gering.

Nadelig effect. Lokale pijn werd zowel bij stikstof als bij laser gerapporteerd. De met laser behandelde patiënten werden overigens met een lokaal anestheticum ‘voorbehandeld’ en de patiënten met stikstof niet.

Wat is het effect van trichloorazijnzuur?

Gunstig effect. Wij vonden 2 kleine RCT’s van matige kwaliteit. In 1 RCT (25 patiënten) werd het effect van 35% TCA met 70% gly-



colzuur vergeleken met cryotherapie.¹⁰ De lentigines bevonden zich op de beide handen. Via randomisatie vond behandeling plaats met links of rechts stikstof of TCA. Na 2 maanden werden de patiënten beoordeeld. Er waren 2 uitvallers. Met TCA waren de resultaten bij 21 patiënten goed, bij 2 patiënten was er geen effect. Met cryotherapie waren de resultaten bij 20 patiënten goed, bij 3 patiënten was er geen effect. De verschillen waren niet significant.

In een andere RCT werd cryotherapie met TCA vergeleken bij 33 vrouwen met lentigines aan beide handen.¹¹ Er vond randomisatie plaats wat betreft stikstof of TCA op de linker- dan wel rechterhandrug. Na 2 maanden vond beoordeling plaats bij 25 patiënten. Met cryotherapie werd bij 40% een duidelijke verbetering gevonden; bij TCA werd bij 22% duidelijke verbetering gevonden. Het verschil was significant ($p < 0,025$).

Nadelig effect. Lokale pijn werd zowel bij TCA als cryotherapie gemeld. Bij cryotherapie was er meer hypopigmentatie.

CONCLUSIE

Cryotherapie met vloeibare stikstof geniet in de huisartsenpraktijk de voorkeur. In de (kleine) onderzoeken (van matige kwaliteit) was het effect van stikstof het meest overtuigend. Behandeling met laser is mogelijk even effectief als stikstof, maar hiervoor moet worden verwezen. In welke mate blekende crèmes en trichloorazijnzuur effectiever of minder effectief zijn als stikstof, is niet bekend, waardoor zij pas in tweede instantie overwogen worden. ■

LITERATUUR

- Ortonne JP, Pandya AG, Lui H, Hessel D. Treatment of solar lentigines. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:S262-71.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2012.
- Noblesse E, Nizard C, Cario-André M, Lepreux S, Pain C, Schnebert S, et al. Skin ultrastructure in senile lentigo. *Skin Pharmacol Physiol* 2006;19:95-100.
- Bastiaans M, Hoefnagels J, Westendorp R, Vermeer BJ, Bouwes Bavinck JN. Solar lentigines are strongly related to sun exposure in contrast to ephelides. *Pigment Cell Res* 2004;17:225-9.
- Kang S, Goldfarb MT, Weiss JS, Metz RD, Hamilton TA, Voorhees JJ, et al. Assessment of adapalene gel for the treatment of actinic keratoses and lentigines: a randomized trial. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:83-90.
- Njoo MD, Westerhof W. Effectieve verwijdering van bepaalde huidpigmentvlekken (lentigines) met de 'Q-switched ruby laser'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:327-30.
- Almond-Roesler B, Zouboulis CC. Successful treatment of solar lentigines by brief gentle cryosurgery using a Kryomed device. *Br J Dermatol* 2000;143:216-8.
- Todd MM, Rallis TM, Gerwels JW, Hata TR. A comparison of 3 lasers and liquid nitrogen in the treatment of solar lentigines: A randomized, controlled, comparative trial. *Arch Dermatol* 2000;136:841-6.
- Sezer E, Erbil H, Kurumlu Z, Taştan HB, Etikan I. A comparative study of focal medium-depth chemical peel versus cryosurgery for the treatment of solar lentigo. *Eur J Dermatol*. 2007;17:26-9.
- Raziee M, Balighi K, Shabanzadeh-Dehkordi H, Robati RM. Efficacy and safety of cryotherapy vs. trichloroacetic acid in the treatment of solar lentigo. *Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:316-9.



HANDBOEK PIJNGENEESKUNDE

Huygen FJPM, Van Kleef M, Vissers KCP, Zuurmond WWA, redactie. *Handboek pijngeneeskunde*. Utrecht: De Tijdstroom, 2014. 390 pagina's, € 49. ISBN: 978-90-5898-240-7.

Doelgroep Alle medewerkers in de gezondheidszorg die geconfronteerd worden met patiënten met pijn.

Inhoud Het *Handboek Pijngeneeskunde* begint met een voorwoord van emeritus hoogleraar Ben Crul (anesthesioloog-pijnspecialist). Crul stelt hierin - terecht - dat een mechanistische benadering van chronische pijn ernstig tekortschiet. Chronische pijn is een ingewikkeld samenspel van lichamelijke, psychische en sociale factoren; de behandeling van chronische pijn behoeft dan ook een brede bio-psycho-sociale aanpak. Een visie die inmiddels breed gedragen wordt in de geneeskunde, zeker ook in huisartsenland.

Het *Handboek Pijngeneeskunde*, opgedeeld in vier delen, behandelt al deze bio-psycho-sociale aspecten. In de eerste twee delen worden geschiedenis, epidemiologie, pathofysiologie (medisch-somatisch én psychosociaal) en de diagnostiek van pijn behandeld. Deel vier besluit met een aantal hoofdstukken over specifieke behandelingen, zoals farmacotherapie, invasieve, psychologische en revalidatiegeneeskundige behandelingen. In deze drie delen worden bovengenoemde aspecten op zeer leesbare wijze besproken door de op dat gebied toonaangevende specialisten.

In deel drie worden in 16 hoofdstukken enkele afzonderlijke pijnsyndromen besproken en komt verrassend genoeg de mechanistische, biomedische benadering van de chronische

pijnproblemen terug. In de hoofdstukken over bijvoorbeeld nek-, rug- en buikpijn kunt u alles lezen over verklevingen, facetartrose en discussiegerelateerde pijn (met bijbehorende specialistische, invasieve behandelmethoden), maar de invloed van gedachten, emoties en gedrag bij deze pijnsyndromen wordt niet tot nauwelijks besproken. Hierdoor wordt ten onrechte de indruk gewekt dat de oorzaak van chronische pijn - als je maar goed genoeg zoekt - te herleiden valt tot een facetgewricht, discus, verkleving of andere somatische beschadiging.



Oordeel Voor de huisarts die zich wil verdiepen in de kennis over pijn en de achtergronden daarvan, is dit boek op onderdelen een waardevol naslagwerk. Maar het is jammer dat het - in weerwil van de laatste inzichten uit de medisch-wetenschappelijke literatuur en de woorden van Ben Crul - toch teruggrijpt op een mechanistische benadering van een belangrijk aantal chronische pijnsyndromen. Daar komt bij dat alle 49 auteurs werken in de tweede lijn, wat tot uiting komt in de - veelal specialistische - diagnostische en therapeutische mogelijkheden voor pijn. Interessant, maar niet zozeer van toepassing op de praktijk van de huisarts-lezer. ■

Doeke Keizer

Waardering: ●●●

zeer matig ●
matig ●●
redelijk ●●●
goed ●●●●
uitstekend ●●●●●