

# Dermatocorticosteroiden bij constitutioneel eczeem

## INLEIDING

Constitutioneel eczeem (CE) is een chronische, recidiverende inflammatoire huidaandoening, die men klinisch karakteriseert door jeuk, erythemateuze papels en plaques, schilfering, excoriaties en lichenificatie. Bij de meeste patiënten met CE is er sprake van een droge huid en een verstoorde huidbarrièrefunctie. In de geïndustrialiseerde landen is de prevalentie van constitutioneel eczeem de afgelopen 30 jaar verdubbeld tot verdrievoudigd – volgens schattingen 15-30% bij kinderen en 2-10% bij volwassenen. Bij ongeveer 85% van de patiënten begint het eczeem voor het vijfde levensjaar. Spontane remissie van constitutioneel eczeem zien we bij 70% van de patiënten vóór de adolescentie.<sup>1</sup> Door zijn prevalentie, kosten en invloed op de kwaliteit van leven vormt eczeem een volksgezondheidsprobleem.<sup>2</sup>

### Samenvatting

Stewart SM, Pasmans SGMA, De Bruin-Weller MS. Dermatocorticosteroiden bij constitutioneel eczeem. *Huisarts Wet* 2013;56(7):346-50.

Constitutioneel eczeem (CE) is een chronische, recidiverende en veel voorkomende huidaandoening, die een volksgezondheidsprobleem vormt door zijn prevalentie, kosten en invloed op de kwaliteit van leven. Dermatocorticosteroiden vormen de belangrijkste peiler van de behandeling van CE. Dermatocorticosteroiden zijn ingedeeld in vier sterkteklassen; er zijn aanbevelingen voor maximaal aan te brengen hoeveelheden per klasse. Voor het toepassen van de adequate hoeveelheid dermatocorticosteroid kan men het beste gebruikmaken van de vingertopeenheid. Tijdens een exacerbatie van CE luidt het advies om tweemaal per dag te smeren om het eczeem zo snel mogelijk onder controle te krijgen. Bij een goede respons kan men overgaan op een onderhoudsschema, waarbij men het dermatocorticosteroid intermitterend gebruikt. In de remissiefase kan een preventief smeerschema tot een langere eczeemvrije periode leiden. Helaas bestaat er een wijdverbreide angst voor het gebruik van dermatocorticosteroiden onder patiënten, verzorgers van patiënten, maar ook onder professionals en andere hulpverleners. Inconsequente informatie door professionals over het gebruik van dermatocorticosteroiden kan de corticofobie bij patiënten of verzorgers van patiënten vergroten. Vooral angst voor een dunne huid is aanwezig, maar onomkeerbare atrofie blijkt in de praktijk bij correct gebruik van het dermatocorticosteroid zelden voor te komen. Bij gebruik van (zeer) potente dermatocorticosteroiden blijkt onderdrukking van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras plaats te vinden. Onderzoek heeft aangetoond dat de kans op systemische bijwerkingen klein is bij fluticasonpropionaat en mometasonfuroaat.

De hoeksteen van de behandeling van CE is de lokale therapie. Dermatocorticosteroiden vormen daarbij de belangrijkste peiler bij de behandeling van CE. Ofschoon behandeling met dermatocorticosteroiden zeer effectief is, bestaat er geregeld angst voor de bijwerkingen van het gebruik van dermatocorticosteroiden; 60-73% van de patiënten of verzorgers van patiënten met CE geeft aan in meer of mindere mate angst voor bijwerkingen te hebben.<sup>3</sup> Opmerkelijk is dat er zowel bij patiënten, verzorgers als betrokken professionals naar verhouding minder weerzin lijkt te bestaan tegen de toepassing van orale corticosteroiden. Bij de behandeling van CE is het van groot belang om veel aandacht te besteden aan de therapietrouw en de eventuele angst voor bijwerkingen van (dermatocorticosteroiden).

In dit artikel bespreken wij de toepassing van dermatocorticosteroiden, de therapietrouw en angst voor eventuele bijwerkingen.

## KLASSEN DERMATOCORTICOSTEROÏDEN

De sterkte in werkingseffect van dermatocorticosteroiden, uitgedrukt in klasse, meet men door middel van de zogenaamde vasoconstrictietest, die penetratie van het dermatocorticosteroid door de huid relateert aan de mate van vasoconstrictie die men afmeet aan de mate waarin de huid verbleekt. Een Europese classificatie deelt de dermatocorticosteroiden in vier klassen in [tabel 1], waarbij klasse 4 het sterkst en klasse 1 het zwakst werkzaam is.<sup>3</sup> De grenzen tussen de klassen zijn niet scherp en er zijn twijfels over de nauwkeurigheid van de indeling voor preparaten van klasse 2 en 3. In de indeling hebben we niet de invloeden van het vehiculum op de werking van het preparaat en de systemische biologische beschikbaarheid verwerkt.<sup>4</sup>

## PRAKTISCHE TOEPASSING

De meeste dermatocorticosteroiden zijn verkrijgbaar als zalf, crème of lotion. Een zalf is een samenstelling van veel vet en weinig tot geen water, een crème bestaat uit vet en veel water. De keuze van de basis moet men afstemmen op de conditie van de huid. Men adviseert op een droge huid een zalf aan te brengen en op nattende laesies, bij neiging tot folliculitis en bij warm weer een crème als vehiculum te gebruiken. Over het algemeen zijn dermatocorticosteroidzalven effectiever dan -crèmes doordat de zalf een afsluitend effect heeft en daarmee penetratie bevordert.<sup>3,5</sup> Patiënten vinden zalven soms niet prettig smeren en geven ook om cosmetische redenen vaak de voorkeur aan een crème.

Een penetratiebevorderende stof (ureum, salicylzuur en propyleenglycol) of afdekking van de te behandelen huidgedeelten met dun plasticfolie of hydrocolloïden kan penetratie van het dermatocorticosteroid in de huid bevorderen. Is echter een sterker effect gewenst, dan luidt het advies een dermatocorticosteroid uit een hogere klasse voor te schrijven.<sup>3</sup> De loca-

**Tabel 1** Indeling dermatocorticosteroiden naar sterkteklasse.<sup>4</sup>

Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4
Hydrocortisonacetaat 1%	Alclometason 0,05%	Bètamethasondipropionaat 0,05%	Clobetasolpropionaat 0,05%
	Clobetasolbutyraat 0,05%	Bètamethasonvaleraat 0,1%	Bètamethasondipropionaat 0,05% met propyleenglycol
	Flumetasonpivalaat 0,02%	Budesonide 0,025%	
	Fluocinoloonacetonide 0,01% en 0,025%	Desoximetasoon 0,25%	
	Fluocortolon 0,5%	Diflucortolonvaleraat 0,1%	
	Fluprednideenacetaat 0,1%	Fluocinonide 0,05%	
	Hydrocortisonbutyraat 0,1%	Fluticasonpropionaat 0,005% (zalf) en 0,05% (crème) <sup>o</sup>	
	Triamcinolonacetonide 0,1%	Momethasonfuroaat 0,1% <sup>o</sup>	
		Halometason 0,05%	

<sup>o</sup> Dermatocorticosteroiden met een minimale systemische biologische beschikbaarheid

tie waar men het dermatocorticosteroid aanbrengt zal mede het therapeutisch resultaat bepalen. Regionale verschillen in percutane absorptie staan in [tabel 2].

Patiënten moeten ervan op de hoogte worden gebracht dat een dermatocorticosteroidzalf volgens de fabrikant 60 minuten moet intrekken, voordat men er een emolliens overheen mag smeren.

Doordat de hoornlaag een reservoir vormt van waaruit het dermatocorticosteroid gedurende 24 tot 36 uur wordt afgegeven aan de onderliggende huidlagen, is het voldoende om het middel eenmaal per dag aan te brengen.<sup>3</sup> Uit onderzoek is gebleken dat tweemaal daags aanbrengen van een klasse 2- of 3-dermatocorticosteroid niet beter is dan eenmaal daags. Desondanks kan de arts in een acute fase of bij behandeling van een exacerbatie tijdelijk beslissen tweemaal daagse applicatie te adviseren, om zo het eczeem snel onder controle te krijgen.<sup>3,4,6</sup> Klinische ervaring geeft een onderbouwing van deze gedachte.

In de acute fase van CE heeft het de voorkeur te starten met dagelijks een hogere klasse dermatocorticosteroid in een

een- tot tweemaal daagse applicatie. Het is aan te raden zo snel mogelijk over te gaan op een eenmaal daags schema in de onderhoudsfase van de behandeling, waarbij men bij voorkeur gedurende enkele aaneengesloten dagen per week smeert met het dermatocorticosteroid en de rest van de week met emolliens [tabel 3].

Voor dermatocorticosteroiden met een minimale systemische biologische beschikbaarheid (fluticasonpropionaat en mometasonfuroaat) lijkt het logischer dat in de onderhoudsfase toepassing om de dag tot een beter therapeutisch effect leidt. Dit is niet onderzocht, maar berust op klinische ervaring.

## DE VINGERTOPEENHEID

Als maat voor de aan te brengen hoeveelheid dermatocorticosteroid gebruikt men de vingertopeenheid (VTE) [figuur 1]. Een VTE is de uitgeknepen hoeveelheid dermatocorticosteroid, uit een tube met een standaardmondstuk van 5 mm diameter, uitgesmeerd over de distale falanx van de wijsvinger van een volwassene. Gemiddeld weegt het dermatocorticosteroid op een vingertop van een volwassen man 0,5 gram en bij

**Tabel 2** Regionale verschillen van de percutane absorptie door de huid (procenten van de totaal geabsorbeerde dosis)<sup>7</sup>

Voetzool	0,14 procent
Handpalm	0,83 procent
Arm	1 procent
Behaarde hoofd	3,5 procent
Voorhoofd	6 procent
Kaak	13 procent
Genitalia	42 procent

**Tabel 3** Standaard afbouwschema dermatocorticosteroiden<sup>8</sup>

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7
zaterdag	dd	de	ee	ee	ee	ee	ee
zondag	dd	de	ee	ee	ee	ee	ee
maandag	dd	de	de	ee	ee	ee	ee
dinsdag	dd	de	de	de	ee	ee	ee
woensdag	dd	de	de	de	de	ee	ee
donderdag	dd	de	de	de	de	de	de
vrijdag	dd	de	de	de	de	de	de

d = wel dermatocorticosteroid smeren

e = geen dermatocorticosteroid smeren, wel emolliens smeren

## Abstract

Stewart SM, Pasmans SGMA, De Bruin-Weller MS. Topical corticosteroids for atopic dermatitis. *Huisarts Wet* 2013;56(7):346-50.

Atopic dermatitis (constitutional eczema) is a chronic, relapsing, and common skin disorder that is a public health problem because of its prevalence, cost, and influence on the quality of life. Topical corticosteroids are the main treatment. These drugs are divided into four potency classes, with recommendations regarding the maximal amount (expressed in finger-tip units) to be applied per class. During exacerbations, topical corticosteroids should be applied twice daily, to bring the dermatitis under control as quickly as possible. If the response to treatment is good, then a maintenance dose can be used, with intermittent application of the topical corticosteroid. During remission, preventive use of topical corticosteroids can lead to a longer dermatitis-free interval. Unfortunately, patients, carers, and health professionals are reluctant to use topical corticosteroids, and the provision of inconsistent information by health professionals can further increase patients' and carers' concerns about using these agents. The main concern is thinning of the skin, but irreversible atrophy is rare if topical corticosteroids are used correctly. Suppression of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis can occur with highly potent topical corticosteroids. Research has shown that the risk of systemic side effects is low with fluticasone propionate and mometasone furoate.

een volwassen vrouw 0,4 gram.<sup>9</sup> In de praktijk maakt dit verschil niet veel uit. Patiënten begrijpen een dergelijke maat, waarmee over- of onderdosering is te voorkomen. Tevens kan de arts er hierdoor voor zorgen dat hij voldoende dermatocorticosteroiden voorschrijft. Men past de VTE voor alle dermatocorticosteroiden toe, ongeacht de klasse. Het aantal aan te brengen VTE hangt onder andere af van de leeftijd van de patiënt [tabel 4]. Daarnaast adviseert men afhankelijk van de sterkteklasse per week een maximaal aantal grammen aan te brengen [tabel 5].

Het advies omtrent maximaal aan te brengen hoeveelheden dermatocorticosteroid is niet absoluut, berust veelal op klinische ervaring en is in zekere zin willekeurig, omdat het ontstaan van bijwerkingen van verschillende factoren afhangt.<sup>3,4</sup> Dit heeft er waarschijnlijk toe geleid dat de aanbevolen maximale hoeveelheden naar leeftijd van de patiënt en naar sterkteklasse dermatocorticosteroid per bronvermelding verschillen. De NHG-Standaard Constitutioneel eczeem geeft tevens aan dat de aanbevolen hoeveelheden voor langdurig gebruik gelden.<sup>10</sup> Bij behandeling van de acute fase bij tweemaal daags aanbrengen en bij behandeling van de onderhoudsfase overschrijdt men in sommige gevallen de maximaal aanbevolen hoeveelheden. Voor kortdurende toepassing van een klasse 1 en 2 dermatocorticosteroid, en voor dermatocorticosteroiden met een minimale systemische biologische beschikbaarheid (fluticasonpropionaat en mometasonfuoraat) achten wij deze overschrijding verantwoord. Bij toepassing van een andere klasse 3 of klasse 4 dermatocorticosteroid is enige waakzaamheid geboden. Wij adviseren tweemaal daags aanbrengen in de acute fase, maximaal één tot twee weken aan te houden. Om de kans op complicaties te verkleinen hanteren wij bij chronisch gebruik van een klasse 3 of 4 dermatocorticosteroid (met uitzondering van mometasonfuoraat en fluticasonpropionaat) het volgende. Indien het niet

**Figuur** Eén vingertopeenheid (VTE) is ongeveer gelijk aan 0,5 gram zalf



lukt om het CE gedurende een periode van drie maanden met gemiddeld tot circa 100 gram per week met een klasse 3 of 50 gram per week met een klasse 4 dermatocorticosteroid onder controle te houden, is dat een indicatie om systemische immunosuppressieve therapie te starten. Deze therapie kan men, afhankelijk van het gekozen middel, naast het dermatocorticosteroid toepassen.

### BEHANDELSTRATEGIEËN

Bij behandeling van chronisch CE kan de arts twee behandelopties overwegen: snel behandelen van exacerbaties en/of pogen het aantal exacerbaties te beperken door een preventief smeerschema te hanteren. Het is van belang bij de behandeling van exacerbaties steeds meteen het smeerschema zoals getoond in [tabel 3] toe te passen. Een preventief smeerschema houdt in dat men na een periode van intensieve behan-

**Tabel 4** Gecalculeerd aantal volwassen vingertopeenheden voor de behandeling met dermatocorticosteroiden bij kinderen (gebaseerd op de 50ste percentiel voor lengte en gewicht) voor de leeftijd van 3 maanden (mn) tot 12 jaar (jr) en volwassenen<sup>11,12</sup>

	3 mn	6 mn	12 mn	18 mn	2 jr	3 jr	4 jr	5 jr	7 jr	10 jr	12 jr	volwassen
Gelaat en nek	1	1	1,5	1,5	1,5	1,5	1,75	2	2	2,5	2,5	2,5
Arm (inclusief hand)	1	1	1,25	1,5	1,5	1,75	2	2	2,5	3	4	4
Romp (één zijde)	1	1,5	1,75	2	2	2,5	2,75	3	3,5	4	5	7
Billen	0,5	0,5	0,5	0,75	1	1	1	1	1,5	1,5	2	7 (billen en rug)
Been (inclusief voet)	1,25	1,5	2	2	2	2,5	3,5	3,5	4,5	6	7	8
Hele lichaam	8	9,5	12	13,25	13,5	16	19,25	20	24,5	30	36,5	40
Wekelijks aanbrengen in grammen (bij 1 d smeren)	28	33,2	42	46,3	47,2	56	67,3	70	85,7	105	127,7	140

**Tabel 5** Aanbevolen maximaal toe te passen dermatocorticosteroiden, ingedeeld naar sterkteklasse dermatocorticosteroid per week, in grammen respectievelijk bij kinderen < 2 jaar, kinderen > 2 jaar en volwassenen<sup>3,4,10</sup>

Bron	1	2	3	4
NHG-Standaard Constitutioneel eczeem, 2006	30; 60; geen beperking	30; 60; 100	Uitsluitend als crisismanagement; 50; 100	Niet vermeld; niet vermeld; niet vermeld
Farmacotherapeutisch kompas	30; 30-60; niet vermeld	30; 30-60; 60	Uitsluitend als crisismanagement; uitsluitend als crisismanagement; 60	Niet vermeld; niet vermeld; 30
Groninger formularium, 1998	30; 30-60; 100	30; 30-60; 100	Uitsluitend als crisismanagement; uitsluitend als crisismanagement; 100	Niet vermeld; niet vermeld; 50

deling van de acute fase, waarbij de laesies zijn verdwenen, intermitterend een lage dosis van anti-inflammatoire dermatocorticosteroid aanbrengt op de laatst actieve huid (voorkeursplaatsen) en emolliëns op de niet-laesionale huid.<sup>13</sup> De rechtvaardiging voor deze behandeling is gestoeld op het feit dat normaal uitzijende huid bij patiënten met CE niet normaal is door de verstoorde barrièrefunctie, een subklinisch inflammatoir infiltraat en verhoogde expressie van de IgE-receptor op de langerhanscel in de huid. Gerandomiseerd dubbelblind onderzoek toont aan dat als men gedurende zestien weken tweewekelijks 0,05% fluticasonpropionaatcrème aanbrengt, dat dit relatief gezien in een 7,7 tot 5,8 langere exacerbatievrije periode resulteerde ten opzichte van emolliëns.<sup>14,15</sup> Ook preventieve behandeling met 0,1% tacrolimuszalf, tweemaal per week gedurende 12 maanden, resulteerde in uitstel van exacerbaties (142 dagen ten opzichte van 15 dagen voor placebo) en vermindering van het aantal exacerbaties ten opzichte van placebo.<sup>16</sup> Waarschijnlijk leidt een dergelijk smeerschema uiteindelijk tot een vermindering van de hoeveelheid gebruikte dermatocorticosteroiden, omdat er minder intensieve behandelingen nodig zijn door afname van het aantal exacerbaties.<sup>13</sup>

Bij mild tot matig CE waarbij langdurige behandeling nodig zal zijn, raden we aan het gebruik van corticosteroidsparende middelen te overwegen, te weten de calcineurine-inhibitoren (pimecrolimus en tacrolimus). Deze moet men echter niet in de acute fase van het eczeem gebruiken, omdat dat klachten kan verergeren door irritatie, roodheid en brandigheid. Combinatietherapie van intermitterend gebruik van dermatocorticosteroiden en calcineurine-inhibitoren kan uitkomst bieden. We weten echter nog niet wat de langetermijneffecten van calcineurine-inhibitoren zijn.

Kortdurende orale immunosuppressieve behandeling van een exacerbatie kan plaatsvinden met orale corticosteroiden. Deze therapie kan men gedurende twee tot vier dagen inzetten als een pulstherapie of in een afbouwschema gedurende twee tot vier weken.<sup>17</sup> Langdurige systemische behandeling met orale corticosteroiden is niet aan te raden. Voor langdurige behandeling met een oraal immunosuppressivum is onder andere ciclosporine A veilig en effectief gebleken voor gebruik bij ernstig CE bij volwassenen en kinderen ouder dan twee jaar.<sup>6,17</sup> We adviseren systemische immuunsuppressiva zoals ciclosporine A alleen binnen de gespecialiseerde centra voor te schrijven.

#### **BIJWERKINGEN VAN DERMATOCORTICOSTEROÏDEN**

Toepassing van dermatocorticosteroiden kan leiden tot lokale en systemische bijwerkingen. De kans op bijwerkingen wordt onder andere bepaald door de gebruikte klasse van het dermatocorticosteroid, het toegepaste vehiculum, het gebruik van penetratiebevorderende stoffen, het toepassen van occlusie, de aangebrachte hoeveelheid en plaats, de mate van verstoorde huidbarrièrefunctie (lees: de ernst van het eczeem) en de duur van de behandeling. Bij kinderen spelen de leeftijd, het gewicht en de lengte ook een rol.

#### **Lokale bijwerkingen**

Lokale bijwerkingen zijn atrofie van de huid, optreden van teleangiectasiën in de huid, striae, maskering van schimmelinfecties, periorale en periorbitale dermatitis. Andere voorkomende lokale bijwerkingen zijn steroidgeïnduceerde rosacea of acne, hypopigmentatie, hypertrichose, purpura, verergering van huidinfecties, vertraagde wondgenezing, contactallergie en gluteale granulomen bij luierdermatitis. Patiënten vrezden vaak atrofie van de huid, maar in de praktijk blijkt dat niet vaak voor te komen. Een cross-sectioneel observationeel onderzoek vergeleek de huid van zeventig kinderen, die langdurig dermatocorticosteroiden gebruikten uit de klasse 1 tot en met 3, met die van een controlegroep en keek naar het voorkomen van atrofie. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 3,2 jaar en ze gebruikten gemiddeld 10,6 maanden dermatocorticosteroiden. De huid van de ingesmeerde kinderen was niet dunner, ook al gebruikten zij genoeg dermatocorticosteroiden om continu eczeemvrij te blijven.<sup>18</sup> Bij een klinische trial, een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek en safety trial heeft men aangetoond dat fluticasonpropionaat noch bij kinderen, noch bij volwassenen huidatrofie veroorzaakt. Folliculitis en pustels zag men wel vaker (8,5%). Het tweemaal daags aanbrengen van 0,1% bètamethasonvaleraatcrème en 0,1% hydrocortisonbutyraatcrème veroorzaakt een gemiddelde daling van dikte van de huid van respectievelijk 15-16% en 13%.<sup>19</sup>

#### **Risico op systemische bijwerkingen**

Bij sterke absorptie van dermatocorticosteroiden kunnen systemische bijwerkingen optreden.<sup>4</sup> De huid van kinderen is niet dunner dan die van volwassenen, maar kinderen hebben een grotere kans op systemische bijwerkingen door hun relatief grote lichaamsoppervlak, waardoor er een ongunstige verhouding ontstaat tussen het lichaamsoppervlak en gewicht.<sup>3,4</sup>

De kans op systemische bijwerkingen is het grootst in de acute fase van de behandeling, waarbij er vaak sprake is van een verminderde huidbarrièrefunctie.

Uit een observationeel onderzoek bij volwassenen bleek dat vooral bij patiënten met ernstig CE in de acute fase van de behandeling door de gestoorde huidbarrièrefunctie suppressie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras kan optreden bij aanbrengen van 20-30 gram 0,05% clobetasolpropionaatzalf of 20-30 gram 0,1% bètamethasonvaleraatzalf.<sup>20</sup> Dat bij gebruik van 0,05% clobetasolpropionaatzalf suppressie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras kan optreden, heeft men reeds eerder beschreven. In de onderhoudsfase van de behandeling ziet men doorgaans geen suppressie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras bij gebruik van minder dan 50 gram 0,05% clobetasolpropionaatzalf per week of minder dan 100 gram 0,1% bètamethasonvaleraatzalf per week.<sup>21-24</sup>

In de acute fase van de behandeling bleek er overigens geen suppressie van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras op te treden tijdens het gebruik van 0,005% fluticasonpropionaatzalf.<sup>20</sup> Dit zien we ook bij andere onderzoeken.<sup>19,25</sup> Een mogelijke verklaring vinden we in de systemische biologische beschikbaarheid na toepassing op de huid van fluticasonpropionaatzalf



of -crème, die zeer laag is door de beperkte absorptie door de huid en vanwege het uitgebreide *first-pass*-metabolisme in de lever. Voor mometasonfuroaatzalf geldt ook dat de systemische biologische beschikbaarheid o nadert.<sup>5,26-29</sup>

In de literatuur vinden we geen aanwijzingen voor omkeerbare afwijkingen van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras bij normaal gebruik van dermatocorticosteroiden.<sup>6</sup> Wij adviseren om bij kinderen geen klasse 4-dermatocorticosteroiden voor te schrijven.

### CORTICOFOBIE EN COMPLIANCE

Corticofobie, in het bijzonder voor dermatocorticosteroiden, komt bij 60-73% van patiënten met CE of verzorgers van patiënten voor.<sup>2,30</sup> Nederlandse cijfers zijn niet bekend – hier doet men op dit moment onderzoek naar. In een Brits onderzoek geeft 72,5% van de patiënten of hun verzorgers aan zich zorgen te maken over het gebruik van dermatocorticosteroiden, hetgeen bij 24% leidt tot staken van de therapie. Angst voor een dunne huid was de meest voorkomende oorzaak voor de corticofobie. Tevens waren patiënten of hun verzorgers vaak niet in staat een dermatocorticosteroid in de juiste sterkteklasse in te delen. Zo classificeerde bijvoorbeeld 31% van de patiënten die hydrocortison gebruikten dit als sterk of matig sterk, of als onbekende klasse.<sup>30</sup> Onderzoek toonde aan dat patiënten minder therapietrouw zijn bij het gebruik van dermatocorticosteroiden, dan bij gebruik van orale corticosteroiden bij de behandeling van handeczeem. Na 3 weken bleek 78% van de patiënten de dermatocorticosteroiden volgens voorschrift te gebruiken, tegen 94% bij gebruik van orale corticosteroiden. Na 12 weken gebruik van de dermatocorticosteroiden was dit percentage gedaald naar 42%. De patiënten rapporteerden zelf echter een therapietrouw van meer dan 90%.<sup>31</sup> De onderzoekers geven geen verklaring voor de slechte therapietrouw.

Als er onder de verzorgers sprake is van corticofobie, worden kinderen met CE vaak onderbehandeld.<sup>18</sup> De verzorgers zijn vooral bang dat de huid dunner wordt.

Angst voor dermatocorticosteroiden blijkt samen te hangen met de hoeveelheid informatie die patiënten van professionals krijgen.<sup>2</sup> Een gebrek aan informatie vertoont een directe correlatie met corticofobie. Vooral inconsequente informatie over de te gebruiken hoeveelheid, de te behandelen gebieden en de duur van de behandeling veroorzaakt veel onrust. Mogelijk ligt corticofobie onder professionals ten grondslag aan de inconsequente informatievoorziening. Daarnaast blijken patiënten met CE vaak te worden beïnvloed door negatieve adviezen van familieleden, vrienden en kennissen, waarbij misvattingen over dermatocorticosteroiden een belangrijk rol spelen. Men dient zich te realiseren dat zorgen over het gebruik van dermatocorticosteroiden ook kunnen voorkomen bij patiënten die therapietrouw zijn. Dit kan zich uiten in een (te) snelle afbouw van de therapie. Het is daarom aan te bevelen om de zorgen en angsten over de behandeling te bespreken.<sup>2</sup> De VTE en uitleg over afbouwschema's kunnen zowel voor de patiënt en zijn verzorgers, als de betrokken professionals effectieve hulpmiddelen zijn. ■

Dit nascholingsartikel is de eerste aflevering van de serie Dermatologie.

### LITERATUUR

- 1 Biebert T. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2008;358:1483-94.
- 2 Aubert-Wastiaux H, Moret L, Le Rhun A, Fontenay 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.
- 3 Farmacotherapeutisch Kompas. Dermatocorticosteroiden. [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl). Pagina bezocht op 21-2-2012.
- 4 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Dermatocorticosteroiden. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2000.
- 5 Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatology. Volume Two*. Jackson S, Nesbitt L Jr (Eds.). Glucocorticosteroids. China: Elsevier; 2012:2075-87.
- 6 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn constitutioneel eczeem. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2006.
- 7 UpToDate. General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com). Pagina bezocht op 21-2-2012
- 8 UMC Utrecht Digitaal Eczeem Centrum <http://www.umcutrecht.nl/subsite/Eczeem-kinderen/eczeem/Behandeling/Behandeling+van+eczeem/Afbouwschemas/Basis-schema.htm>
- 9 Finlay AY, Edwards PH, Harding KG. 'Fingertip unit' in dermatology. *Lancet* 1989;2:155.
- 10 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem. [www.nhg.artsennet.nl](http://www.nhg.artsennet.nl). Pagina bezocht op 15-3-2012. Utrecht: NHG, 2006.
- 11 Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol* 1998;138:293-6.
- 12 Long CC, Finlay AY. The finger-tip unit – a new practical measure. *Clin Exp Dermatol* 1991;16:444-7.
- 13 Wollenberg A, Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept. *Allergy* 2009;64:276-8.
- 14 Berth-Jones J, Damstra RJ, Golsch S, Livden JK, Van HO, 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.
- 15 Hanifin J, Gupta AK, Rajagopalan R. Intermittent dosing of fluticasone propionate cream for reducing the risk of relapse in atopic dermatitis patients. *Br J Dermatol* 2002;147:528-37.
- 16 Wollenberg A, Reitamo S, Girolomoni G, Lahfa M, Ruzicka T, Healy E, et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0.1% tacrolimus ointment. *Allergy* 2008;63:742-50.
- 17 Bussmann C, Bieber T, Novak N. Systemic therapeutic options for severe atopic dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009;7:205-19.
- 18 Hong E, Smith S, Fischer G. Evaluation of the atrophogenic potential of topical corticosteroids in pediatric dermatology patients. *Pediatr Dermatol* 2011;28:393-6.
- 19 Kortling HC, Schollmann C. Topical fluticasone propionate: intervention and maintenance treatment options of atopic dermatitis based on a high therapeutic index. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26:133-40.
- 20 Van Velsen SG, Haec IM, Buijzeel-Koomen CA. Percutaneous absorption of potent topical corticosteroids in patients with severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2010;63:911-3.
- 21 Allenby CF, Main RA, Marsden RA, Sparkes CG. Effect on adrenal function of topically applied clobetasol propionate (Dermovate). *Br Med J* 1975;4:619-21.
- 22 Carruthers JA, August PJ, Staughton RC. Observations on the systemic effect of topical clobetasol propionate (Dermovate). *Br Med J* 1975;4:203-4.
- 23 Cornell RC, Stoughton RB. Six-month controlled study of effect of desoximetasone and betamethasone 17-valerate on the pituitary-adrenal axis. *Br J Dermatol* 1981;105:91-5.
- 24 Wilson L, Williams DI, Marsh SD. Plasma corticosteroid levels in outpatients treated with topical steroids. *Br J Dermatol* 1973;88:373-80.
- 25 Chu AC, Munn S. Fluticasone propionate in the treatment of inflammatory dermatoses. *Br J Clin Pract* 1995;49:131-3.
- 26 CBG-MEB. Samenvatting van de productkenmerken. Cutivate. [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl); CBGMeb, 2009. Pagina bezocht op 15-3-2012.
- 27 CBG-MEB. Samenvatting van de productkenmerken. Mometasonfuroaat. [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl); CBGMeb, 2012. Pagina bezocht op 15-3-2012
- 28 Farmacotherapeutisch Kompas. Glucocorticoiden. [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl). Pagina bezocht op 21-2-2012.
- 29 Farmacotherapeutisch Kompas. Corticosteroiden. [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl). Pagina bezocht op 21-2-2012.
- 30 Charman CR, Morris AD, Williams HC. Topical corticosteroid phobia in patients with atopic eczema. *Br J Dermatol* 2000;142:931-6.
- 31 Krejci-Manwaring J, McCarty MA, Camacho F, Carroll CL, Johnson K, Manuel J et al. Adherence with topical treatment is poor compared with adherence with oral agents: implications for effective clinical use of topical agents. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:S235-S236.