

Rode wangen ...

I. Laffra*

Op de poli dermatologie komt een 75-jarige patiënte, met spoed verwezen door de huisarts vanwege hevige klachten van het gelaat bij rosacea. Zij presenteert zich met knalrode wangen en voorhoofd, waar ze erg veel hinder van ondervindt. Haar grootste probleem op dit moment is dat zij zich schaamt voor haar rode wangen, ze wordt er namelijk op aangesproken door anderen. Een tiental jaren geleden heeft ze hiervoor een of andere crème van een dermatoloog gekregen. Het is onbekend om welke het precies gaat maar deze werkte destijds goed. Via de huisarts heeft zij reeds diverse behandelingen gehad, waaronder metronidazol gel, ivermectine crème en azelaïnezuurcrème. Alle met teleurstellend effect of onprettig in het gebruik. Daarnaast is ze terughoudend wegens mogelijke bijwerkingen.

Bij lichamelijk onderzoek zien we scherp begrensde zeer vurige roodheid van beide wangen en het voorhoofd zonder dat er papels of pustels aanwezig zijn. Wij geven haar uitleg omtrent de behandeldoelen en behandelmogelijkheden voor rosacea. Vanwege de vurige roodheid staat ons inziens de ontsteking meer op de voorgrond dan vaatverwijding alleen. Dit moet dan ook als eerste worden aangepakt vooraleer we ons kunnen focussen op het cosmetische probleem. Van ons krijgt ze daarom in eerste instantie pimecrolimus crème, die ze twee keer per dag moet aanbrengen. Verder het advies om niets te smeren qua overige middelen.

In de acute fase is bij deze patiënt bewust een eventuele laserbehandeling nog niet besproken; dit is zeker een goede optie om in te zetten. Na twee weken zien we haar terug en heeft de behandeling in haar beleving onvoldoende effect, zelfs verergering. We zien nu eerder een eczeembeeld dat ontstaan is naast de rosacea en starten met mometason zalf, één keer per dag. Patiënt zelf is huiverig om hiermee te gaan smeren, ze is bang dat haar huid dunner wordt ondanks onze uitleg dat bij juist gebruik dit geen probleem vormt. Twee dagen later belt patiënte in paniek op, de klachten zijn toegenomen, ze heeft slechts eenmaal de mometason gebruikt. Patiënte komt langs op de poli, haar wangen zien bijna blauw. De huidklachten in haar hals zijn bijna verdwenen. Wij proberen haar gerust te stellen en de therapie blijft hetzelfde.

We spoelen twee weken vooruit. Het eczeem is duidelijk rustiger, de rosacea niet. Patiënt gebruikt echter geen hormoonzalf of andere door ons voorschreven lokale middelen (waaronder pimecrolimus en metronidazol crème) meer, ondanks ons advies. Wel heeft zij bij de apotheek van verschillende merken indifferente crèmes gekocht.



Foto 1. Rosacea in het gelaat.



Foto 2. Rosacea wang.

Bovenstaande casus illustreert een veelvoorkomend probleem in de dagelijkse dermatologische praktijk, waarbij het moeilijk is een goede balans te vinden in een correcte behandeling die aansluit bij de wensen van patiënten.

Rosacea heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven en kan leiden tot verlies van zelfvertrouwen, depressie en angststoornissen. Dit is ook zeker herkenbaar bij deze casus. Het is bij de behandeling ook belangrijk om te vragen naar tevredenheid van de therapie, sociaal functioneren en de kwaliteit van leven. Bovenstaande patiënt is duidelijk niet tevreden over de ingestelde therapie, alleen is het jammer dat zij telkens te vroeg is gestopt met de voorgeschreven medicatie, waardoor telkens weer verergering van de klachten opgetreden zijn. Met het oog op de komende lente en zomerperiode hebben wij patiënt geadviseerd om dagelijks haar gezicht te beschermen tegen zonlicht en gebruik te maken van een zonnebrandcrème met een beschermingsfactor 15 of hoger.

Rosacea

Rosacea is een chronische huidaandoening die vooral gezien wordt op een leeftijd van dertig tot vijftig jaar, daarom noemen we het ook wel eens 'jeugdpuistjes voor ouderen'. Het komt veel voor, de schatting is dat 5,4% van de algemene bevolking rosacea heeft. Het komt even veel voor bij mannen als bij vrouwen. De oorzaak is nog niet helemaal opgehelderd en er zijn diverse theorieën, maar er lijkt in ieder geval een disbalans te bestaan in het neurovasculair systeem van de huid. Rosacea kenmerkt zich door blozende roodheid op de wangen en neus met soms vaatjes, wat in de volksmond ook wel bekend staat als couperose. Dit kan verergeren bij o.a. warmte, stress, alcohol en kruidig eten. Vaak gaat het echter ook gepaard met rode bultjes en puistjes, welke tevens op voorhoofd en kin kunnen zitten: rosacea papulopustulosa. Ongeveer tweederde van de patiënten heeft ook klachten of verschijnselen van de ogen. Klachten kunnen ontstaan als een 'vreemd lichaam gevoel' in het oog, droogheid, branden, maar ook tranen en wazig of verminderd zien. Bij lang bestaande (en/of slecht behandelde) vormen kan de neus door ontsteking zo verdikt raken dat deze permanent van vorm verandert, de zogenaamde rhinophyma (oftewel dronkemansneus). Rosacea is geen vorm van acne. Een belangrijk verschil met acne is dat er bij rosacea geen mee-eters te zien zijn. De oude benaming 'acne rosacea' wordt daarom ook niet meer veel gebruikt, gezien deze voor verwarring kan zorgen.

Zoals dat vaak in de dermatologie gebeurt, is ook voor rosacea de behandeling door de jaren heen veranderd. De nieuwe richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie die in 2019 verscheen (1), heeft op basis van de huidige wetenschap en studies een overzicht gegeven van de aanbevolen behandelingen. Het belangrijkste punt is dat de behandeling in twee categorieën gesplitst moet worden: aan de ene kant de roodheid en vaatjes (hoofdzakelijk cosmetisch probleem) en aan de andere kant de werkelijke ontstekingen, zoals bultjes en puistjes (medisch probleem).

Indien er alleen sprake is van erythemato-teleangiëctatische rosacea wordt er doorgaans ivermectine of metronidazol voorgeschreven. Het voordeel van ivermectine is dat het slechts één keer per dag aangebracht hoeft te worden en metronidazol twee keer per dag. Het nadeel van ivermectine, dat niet voor vergoeding in aanmerking komt, is dat een tube ongeveer € 13 kost. Brimonidegel is een optie indien sprake is van alleen teleangiëctastieën, maar heeft slechts bij een beperkt aantal patiënten effect. Roodheid en vaatjes zijn afhankelijk van de uitgebreidheid te behandelen met laser maar zullen altijd enigszins zichtbaar blijven. Het kan dan eventueel gecamoufleerd worden of behandeld met producten die de bloedvaatjes tijdelijk kleiner maken, zoals brimonidine of oxymetazoline. Verschillende soorten laser zijn mogelijk, maar vergoeding

zit niet in het basispakket van de zorgverzekeraar. Iedere behandeling kost ongeveer € 150 en er zijn doorgaans twee tot drie behandelingen nodig. Het effect is fraai, maar niet definitief.

Bij ontstekingen zal in milde gevallen gestart worden met een lokale therapie op de huid, zoals metronidazol gel/crème tweemaal daags of ivermectine crème eenmaal daags. Deze laatste is relatief nieuw en lijkt het net zo goed te doen als metronidazol die al langer op de markt is. Oorspronkelijk werd azalaïnezuurcrème vaak voorgeschreven, maar omdat hierbij net wat meer bijwerkingen worden gezien, is deze steeds minder aantrekkelijk in het gebruik. Bij uitgebreidere varianten van rosacea, met veel ontsteking, of waarbij de ogen meedoen wordt al snel gestart met orale medicatie. Denk hierbij aan antibiotica (doxycycline/minocycline). Deze geven we niet omdat er sprake is van een infectie, maar omdat we van bepaalde antibiotica weten dat ze de ontstekingen remmen via het immuunsysteem. Van doxycycline is er sinds enige tijd een lagere dosis op de markt welke het qua effectiviteit even goed als de hogere dosis lijkt te doen maar met minder bijwerkingen. Indien de huid hier niet goed genoeg op reageert worden soms medicijnen gegeven, zoals isotretinoïne (afgeleide van vitamine A).

Naast behandelingen is huidverzorging uitermate belangrijk. De gezichtshuid is bij rosacea best kwetsbaar. Soms is het hierbij wenselijk in gesprek te gaan met een huidtherapeute. Hou daarbij goed in de gaten wat de triggers zijn want deze kunnen best vermeden worden.

Literatuur

1. Richtlijn 'Rosacea', Utrecht;2019:Nvdv.nl

* *Ingrid Laffra, verpleegkundig specialist dermatologie, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.*
Lid WCS Commissie Ulcus cruris/dermatologie.

Drs. D. Appelen, AIOS dermatologie, Radboud UMC.