

Atypische wonden: 'Niet alléén maar mondaften'

De schaduwzijden van de ziekte van Behçet

C. Kennedy *

DEEL I

Historische achtergrond en epidemiologie

De aandoening die wij nu 'kennen' als de ziekte van Behçet (in de tekst afgekort tot Behçet) kwam vaak voor langs de oude Zijderoute (1,2). De Zijderoute was niet één weg, maar bestond eigenlijk uit meerdere routes die China en India via Iran en Afghanistan met Europa verbond. Langs deze routes werd volop handel gedreven in o.a. zijde, specerijen, goud, zilver, slaven en buskruit. Vervolgens werden via deze routes ook talen, religies (m.n. het boeddhisme), kunst, cultuur, maar ook ziektes verspreid (waaronder de pest in 542 n.Chr.). Waar mensen zich verplaatsten vormden zich ook nieuwe verbintenissen en daarmee konden er ook nieuwe genetische profielen overgedragen worden (van west naar oost en vice versa) (1,2).

In de 5e eeuw voor Christus beschreef Hippocrates reeds een aantal patiënten met terugkomende wondjes (erosies/ulceraties) aan de ogen, de mond en de geslachtsdelen. Vervolgens was het de Turkse dermatoloog Hulusi Behçet die in 1937 over dit ziektebeeld schreef en naar wie het ziektebeeld werd vernoemd (2).

Aan het eind van de vorige eeuw ontstond er een nieuwe migratieroute vanuit het Middellandse Zeegebied (o.a. vanuit Turkije) naar West-Europa en kreeg het ziektebeeld geleidelijk aan meer bekendheid.

Epidemiologie

Behçet is vrij zeldzaam en komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Bij vrouwen verloopt de ziekte vaak milder dan bij mannen. Behçet kan op elke leeftijd ontstaan, maar meestal vindt dit plaats tussen het 20ste en 40ste levensjaar. Behçet heeft de hoogste prevalentie in Turkije: 110 - 420 patiënten per 100.000 inwoners. Het laatste decennium is de prevalentie in West-Europese landen verdubbeld tot 2,2 : 100.000 (2,3). Men denkt dat zowel genetische als omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van Behçet, waarbij er mogelijk een rol voor een virale of bacteriële (m.n. streptokokken) infectie is weggelegd (4).

Klinisch beeld van Behçet

Behçet wordt in de literatuur beschreven als een chronische multisysteemaandoening of autoinflammatoire vasculitis die vaak gepaard gaat met afwisselend perioden van plotselinge verslechtering en spontane verbetering

(2,4,5). De diagnose Behçet wordt gesteld aan de hand van de 'Criteria for the diagnosis of Behçet's Disease' van de International Study Group for Behçet's Disease (6). Iemand voldoet aan de criteria van de Behçet als die persoon tenminste drie perioden in één jaar last heeft van mondaften én als er twee van de onderstaande verschijnselen voorkomen:

- terugkerende afters aan de geslachtsorganen,
- oogafwijkingen,
- huidafwijkingen en een positieve pathergietest.

De pathergietest is een test waarbij met een steriele naald in de huid wordt geprikt. De test is positief als er binnen 24 tot 48 uur een ontsteking in de huid ontstaat; er vormt zich dan 'een rood plekje met een wit puistje' (2,4,5).

Afters zijn pijnlijke zweren (ulceraties) die bij Behçet zowel oraal (98 %) als genitaal (60 - 65 %) voorkomen. Deze afters zijn vaak een tot drie cm in doorsnede, scherp begrensd, rood met een iets verheven rand en een centrale ulceratie. Deze worden gezien op de tong (foto 1), het wangslimvlies, de keelholte (foto 2) en de lippen (foto 3). In de mond genezen de afters vaak vanzelf binnen tien dagen (foto 1). Genitale afters zijn vaak groter en dieper dan de afters in de mond en genezen bij 50% van de patiënten met een litteken. Bij de man komen ze vnl. voor op het scrotum, de penisschacht en in de urethra, terwijl bij vrouwen de afters zowel uitwendig (vulva) als inwendig (vagina) voorkomen (5). De huidafwijkingen tonen het beeld van een erythema nodosum (vaker bij vrouwen) of pseudofolliculitis en acneïforme nodi op rug, nek, gelaat en benen (foto 4,5) (4).



Foto 1. Aften op de tong.



Foto 2. Aften keelholte.



Foto 3. Aften op de lippen.

Oogafwijkingen (uveïtis, glaucoom, cataract, retinavasculitis) komen vaak aan beide ogen tegelijk voor en kunnen zeer ernstig verlopen en tot blindheid aanleiding geven (25 - 30 %) (5).

Afwijkingen aan de bloedvaten: vasculitis is een vaak voorkomend fenomeen en is een belangrijke aanwijzing voor Behçet. Diep veneuze trombose wordt bij 14 - 39% van de patiënten waargenomen en kan op vele verschil-



Foto 4. Acneiforme nodi op de benen.



Foto 5. Acneiforme nodi op de benen.

lende locaties voorkomen. Een arteriële vasculitis (3 - 5%) kan zich uiten als arteriële aften die aanleiding kunnen geven tot perforaties met als gevolg ernstige interne bloedingen (5).

Afwijkingen aan de gewrichten worden vnl. gezien aan de knieën en de enkels in de vorm van artritis of artralgie (45%) en is vaak het eerste symptoom waarmee patiënten zich presenteren. Neurologische afwijkingen (20 - 40 %) worden gezien in de vorm van hoofdpijn, meningitis, encefalitis, epilepsie en uitvalsverschijnselen (halfzijdige verlamming).

Gastro-intestinale, pulmonale en urologische complicaties treden op ten gevolge van ontstekingen en perforatie (5). In de praktijk wordt de diagnose Behçet vaak laat gesteld omdat het klachtenpatroon zeer wisselend is en omdat de differentiaaldiagnose uitgebreid is. Indien men niet bekend is met de aandoening komt de diagnostiek vaak neer op het uitsluiten van andere aandoeningen voordat de diagnose Behçet gesteld kan worden. En aangezien er geen specifieke test is voor Behçet kan dit proces heel wat kostbare tijd in beslag nemen.

Veel systemische of infectieuze ziekten kunnen aangezien worden voor Behçet en moeten eerst overwogen of

uitgesloten worden alvorens men deze diagnose kan stellen en tot de bijpassende behandeling kan overgaan. Oogheelkundig moet men denken aan sarcoïdose, acute retinale necrose en diverse infectieuze oorzaken. Wat betreft de differentiaal diagnose dient in geval van de steeds terugkomende aften gedacht te worden aan hiv, ziekte van Crohn, lupus erythematoses, pemphigus, sarcoïdose en vitaminedeficiënties (5).

Behandeling

Orale aften kunnen vaak lokaal worden behandeld door middel van steroïden, lidocaïnegeel en mondspoelingen met steroïden, sucralfaat en soms ciclosporine. Colchicine wordt vaak als eerste behandeling gegeven bij Behçet en is met name effectief bij moeilijk te behandelen orale ulceraties (2,4,5). Pentoxifylline wordt regelmatig gebruikt bij orale en vaginale ulceraties (4). Steroïden worden bij voorkeur gedurende korte tijd gegeven. Als steroïdsparing middel wordt ciclosporine het meest gebruikt. Ciclosporine en azathioprine geven goede resultaten bij oogklachten zoals uveïtis (4). Een van de meest effectieve middelen bij mucocutane ziekte (vnl. orale en genitale aften) van Behçet is thalidomide. Het werkingsmechanisme is onbekend. Ciclosporine en interferon-alfa zijn met name effectief bevonden bij een oculaire ziekte (5). Sinds enige jaren worden ook TNF-alfa-blokkers, zoals etanercept en infliximab, toegevoegd aan de behandelingsmogelijkheden (4). Adalimumab wordt o.a. ingezet bij uveïtis (4). Voor cyclofosfamide is nog een rol weggelegd in het geval van neurologische beelden en vasculitis van de longarteriën (4).

DEEL II

Leven met Behçet

Om een beeld te vormen van de dagelijkse levenservaringen en ervaringen met de zorg werd gebruikt gemaakt van een kwalitatief onderzoek dat in Nieuw-Zeeland werd verricht. De informatie werd verzameld door gebruik te maken van semigestructureerde interviews bij individuele patiënten en via focusgroepen. De resultaten van deze studie (hierna benoemd als NZ-studie) kunnen niet zomaar overgenomen worden als representatief voor de Nederlandse zorgsituatie, maar geven wel informatie over de obstakels die Behçetpatiënten mee kunnen maken (7). Het boek 'Time to Care' van de Nieuw-Zeelandse arts Robin Youngson doet weliswaar vermoeden dat de problemen in de zorg in beide landen grote overeenkomsten laten zien (7,8).

'De geleefde ervaring'

De thema's die Behçet-patiënten benoemen in de NZstudie:

1. knelpunten in de diagnostiek,

2. de impact van de ziekte op het dagelijkse leven,
3. eenzaamheid en isolement,
4. het ontwikkelen van veerkracht (7).

1. Knelpunten in de diagnostiek

Behçet is een chronische aandoening die gekenmerkt wordt door perioden van verslechtering en verbetering (exacerbaties en remissies) die elkaar op elk willekeurig moment kunnen opvolgen. In feite zit je als patiënt in een 'rollercoaster' die zelf bepaalt wat hij gaat doen. Deze 'rollercoaster' kan plotseling versnellen en vertragen, plotseling omhoog of omlaag 'schieten' en zelfs op zijn kop verder razen. Daarbij voel je je beroerd en weet je nooit hoelang de rit gaat duren. Wanneer je voor het eerst geconfronteerd wordt met voor jou voorheen onbekende symptomen is de eerste stap een consult bij de huisarts. Dat bezoek kan dan twee kanten opgaan:

- 1) je 'boft' want de dokter herkent jouw verhaal én weet wat te doen, of
- 2) de dokter heeft geen idee wat 'het' is.

Als de dokter 'het' weet stuurt deze jou naar een internist die ervaring heeft met de behandeling van Behçet. Als de dokter het niet weet liggen de volgende scenario's klaar: de dokter ziet in dat het 'boven de eigen pet gaat' en stuurt je alsnog naar een internist of de dokter vindt jou een 'zeurkous' en stuurt je bij wijze van spreken met een handje paracetamolletjes naar huis (7).

De diagnostiek m.b.t. Behçet kan een hele uitdaging zijn voor artsen die geen ervaring hebben met deze aandoening. Behçet is een diagnose die regelmatig over het hoofd gezien wordt en soms pas na langdurig onderzoek in beeld komt. Het stellen van de juiste diagnose kan door allerlei factoren vertraagd worden. Het kan zijn dat het ziektebeeld niet gekend is en daarom dan ook niet herkend wordt. In de NZ-studie vertelden de patiënten dat het erg lang duurde voordat de diagnose gesteld werd. Patiënten waren vaak al door veel verschillende specialisten gezien of zelfs opgenomen voordat de diagnose gesteld werd. Het trage diagnostische proces gaf aanleiding tot veel frustratie en onvrede. Patiënten waren van mening dat artsen niet goed luisterden, ze gericht waren op het eigen specialisme en te weinig gebruik maakten van interdisciplinair overleg (7).

Langdurende hoge werkdruk leidt tot empathiemoeheid, burnout en een toename van fouten in de zorg. Dokters die niet luisteren en dokters die liever zo min mogelijk met hun patiënten te maken willen hebben geven vaak ook andere signalen af die in de richting wijzen van een onderliggend probleem, zoals bijvoorbeeld een burnout. Burnout is een aan het werkgerelateerd probleem dat uit drie belangrijke componenten bestaat nl: a) het gevoel onvoldoende aan te kunnen en een verminderd vermogen om dingen te kunnen bewerkstelligen; b) emotionele

uitputting en c) depersonalisatie. Afgebrande zorgverleners zijn vaak chronisch vermoeid, zijn vaak cynisch en kunnen het niet meer opbrengen om zich in de problemen van de patiënt te verplaatsen (empathiemoeheid) (9).

Onjuiste vooronderstellingen en onjuiste interpretaties van de beschikbare informatie kan diagnostiek flink in de weg zitten. Veel voorkomende denkfouten in de klinische diagnostiek zijn de 'availability bias' en de 'anchoring bias'. In geval van de availability bias kiest men (de dokter en het team van collega's) voor de meest 'voor de hand' liggende bekende of gekende beschikbare diagnose. Vervolgens treedt de volgende denkfout op: men zoekt bevestiging voor de gestelde foutieve diagnose. Men gooit als het ware het anker uit bij de gestelde diagnose en men negeert overige informatie die naar een andere diagnose wijst (anchoring bias). Men 'denkt het allemaal wel te weten' en redeneert naar de meest voor de hand liggende diagnose toe, met als resultaat een misdiagnose (10). Daarbij speelt ook de hiërarchische structuur binnen de staf en de organisatie een belangrijke rol. 'Some are more equal than others'. De dominante stemmen bepalen dan het verloop van een discussie. En dat is m.n. lastig als die het bij het verkeerde eind hebben. Dat leidt tot vertraging in het opstarten van de behandeling en geeft aanleiding tot het doen van extra onnodig onderzoek en nog meer ongemak voor de patiënt, terwijl de zorgkosten verder oplopen (10).

Marktwerving in de zorg: bomvolle spreekuren en kortdurende consulten. Nogal eens hebben managers in de zorg een beperkte kijk op de realiteit van de vloer (9,11). Men denkt veelal in termen van winst maken door weinig te investeren. Meer patiënten in een korter tijdsbestek levert hogere productiecijfers op maar heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van de zorg. In deze NZ-studie werd de diagnose Behçet vaak aangereikt door dokters die wel de tijd namen om te luisteren en geïnteresseerd waren in het verhaal dat de patiënt te vertellen had. Soms hebben patiënten jarenlang met een onjuiste diagnose rondgelopen en dan is de opluchting groot als er uiteindelijk een juiste diagnose wordt gesteld. Patiënten voelen zich dan begrepen en gevalideerd. Er is vaak grote opluchting omdat men weet dat er nu met een diagnose gericht behandeld kan worden ('diagnostic closure') maar anderzijds is de diagnose soms ook moeilijk te accepteren wanneer het duidelijk wordt dat het om een chronische aandoening gaat (7).

2. De invloed van een chronische ziekte zoals Behçet

De impact die Behçet op het dagelijkse leven heeft is aanzienlijk. Het zich moeten instellen op een leven met een chronische ziekte vergt vaak de nodige aanpassingen op het gebied van mobiliteit, werk, sociaal verkeer, zelfredzaamheid en intimiteit. Een chronische ziekte is niet alleen

een medisch probleem maar heeft ook een diepere betekenis voor de patiënt (7,12). Het is een deel van het levensverhaal van de patiënt; het verhaal van de patiënt gaat niet alleen over de ziekte, maar ook over de zieke. Bij chronisch ziek zijn komt het er op neer dat je altijd klachten hebt en dat er vrijwel geen dag voorbij gaat dat je nergens last van hebt. In het geval van Behçet zijn de symptomen, zoals aften, spierpijn, hoofdpijn en oogontstekingen, vaak niet duidelijk zichtbaar voor de buitenwereld en kunnen 'goed bedoelde' uitspraken van vrienden en familie zoals 'goh, je ziet helemaal niets aan jou' het onbegrip en isolement juist vergroten. Naasten die met de patiënt samenwonen leren vaak wel de symptomen herkennen, maar anderen die het niet door hebben zetten de patiënt frequent weg als een hypochonder of als een aansteller, waardoor het isolement zich verder verdiept. Pijn, vermoeidheid, angst en onzekerheid hebben een negatieve invloed op het algeheel welbevinden van Behçet-patiënten. De recidiverende aften in de mond zijn niet alleen pijnlijk maar kunnen indien zij zeer uitgebreid zijn het ook onmogelijk maken om te eten en/of te drinken. Soms is praten te pijnlijk en verliezen patiënten speeksel omdat de mond niet gesloten kan worden. Genitale ulceraties veroorzaken veel pijn tijdens het urineren en kunnen geslachtsgemeenschap 'ongemakkelijk' of onmogelijk maken. Pijn is voor veel patiënten een vast onderdeel van het bestaan geworden en kan overmatig gebruik van pijnstillers tot gevolg hebben. Het onvoorspelbare karakter van de aandoening zorgt voor veel onzekerheid en angst. Niet weten wat er komen gaat bij een nieuwe opvlaming van de ziekte heeft grote invloed op de patiënten. De angst is groot voor met name oogontstekingen (met de mogelijkheid dat je blind kan worden) en de neurologische problemen (7).

3. Eenzaamheid en isolement

Eenzaamheid en isolatie liggen op de loer bij chronische aandoeningen en met name als de omgeving bang is voor de vaak nog onbekende aandoening. Veel patiënten met een chronische aandoening kunnen een verhaal vertellen waarbij het afhaken van 'vrienden' en 'kennissen' centraal staat (7,12,13). Ze worden niet meer gebeld en er is geen reactie na een gestuurde e-mail of de ingesproken voice-mail. Het stilzwijgen van de omgeving kan als resultaat hebben dat de patiënt nog meer geïsoleerd raakt. De patiënt voelt zich noch begrepen noch gehoord. Indien het om een zeldzame aandoening gaat is er soms ook onvoldoende informatiemateriaal en moeten de patiënten soms letterlijk de informatie bij elkaar sprokkelen. In de opleiding tot arts ligt de nadruk veelal op het ontwikkelen van technische vaardigheden en snelle efficiënte praktijkvoering. In deze sterk geprotocolleerde wereld ligt het reductionistisch denken altijd op de loer. Het kunnen aanvinken van de 'correcte' hokjes op het protocol wordt

dan belangrijker dan het 'zien' van de patiënt (12). Dokters die zich geen raad weten met de patiënt, zijn vaak het resultaat van een opleiding waar weinig tot geen aandacht is voor het ontwikkelen van empathie en compassie (14).

Men denkt vaak dat empathie en compassie tonen iets is wat je nu eenmaal wel of niet hebt. Dat is een gedachtegang die volkomen onjuist is gebleken. Uitgebreid neurowetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat deze kwaliteiten verder ontwikkeld kunnen worden door o.a. beoefening van meditatieve technieken (14,15). Centraal daarbij staat het concept van de neuroplasticiteit, d.w.z. dat het brein met beoefening te veranderen is. Kwaliteiten, zoals vriendelijkheid, compassie, gelijkmoedigheid, medevreugde en weerbaarheid, is te ontwikkelen met behulp van de daarvoor geëigende meditatievormen (mindfulnessmeditatie, vriendelijkheidsmeditatie en compassiemeditatie) (14-17).

4. Het ontwikkelen van weerbaarheid en veerkracht

Met deze kennis die evidence-based is zou je toch mogen verwachten dat dokters hierin getraind zouden worden en dat deze methoden onderdeel zouden zijn van het medisch curriculum. Technieken uit de Mindfulness Based Stress Reduction en de verschillende compassietrainingen kunnen patiënten met ernstige chronische aandoeningen zoals Behçet ondersteunen (14-17). Patiënten die chronisch ziek zijn hebben behoefte aan steun in het leren omgaan met de chronische aandoening, acceptatie en adaptatie; het je instellen op de beperkingen zijn ondersteunend bij het ontwikkelen van een positieve houding. Emotionele ondersteuning door naasten en door lotgenoten wordt als zeer belangrijk ervaren (12). Contact met lotgenoten is van groot belang om de 'sores' te kunnen delen. Patiënten steunen elkaar en geven elkaar praktische tips in het omgaan (coping) met de ziekte.

Patiënten gaan vaak zelf opzoek naar ondersteunende activiteiten, zoals tuinieren, schilderen en meditatie, om het hoofd te bieden aan de ziekte en om een zo normaal mogelijk bestaan te kunnen leiden (7).

Voor Behçet-patiënten is het voorkomen van een exacerbatie een topprioriteit. Er worden de nodige aanpassingen in het leven gemaakt om verslechtering te voorkomen.

Het 'verminderen' van stress, het 'naar het lichaam luisteren', de leefstijl aanpassen, stoppen met roken en stoppen met alcoholgebruik, aanpassingen in het dieet worden vaak als ondersteunend ervaren (7).

Het delen van ervaringen met lotgenoten is over het algemeen erg behulpzaam en heeft een belangrijke ondersteunende functie. Het kunnen praten met anderen die jou begrijpen doorbreekt enigszins de eenzaamheid, levert daarnaast vaak waardevolle tips op voor het omgaan met de ziekte.

In de NZ-studie werd ook melding gemaakt van een vaak

versnipperde specialistische zorg. Patiënten hadden vaak met verschillende specialisten te maken waarvoor soms lange wachttijden golden. Er was sterke behoefte aan een centrale coördinatie met betrekking tot de vervolgschulden. Tussen de specialistische consulten door werd vaak contact opgenomen met de huisarts om bijvoorbeeld steun te krijgen in verband met een opvlamming van de ziekte. Daarbij was helaas de constatering dat sommige huisartsen helemaal geen moeite deden om hen bijvoorbeeld tijdens een opvlamming te helpen. De noodzaak voor een multidisciplinaire behandeling werd ook hier nogmaals benadrukt.

Beschouwing

Op basis van het klinisch beeld is het evident waarom dit artikel een plekje heeft gevonden in de rubriek Ulceratieve aandoeningen. Het herkennen van een aandoening aan de hand van het klinisch beeld en de gerapporteerde symptomatologie staat natuurlijk centraal in de diagnostiek van deze aandoening. Deel I gaat daarom over de kliniek. Deel II gaat over de geleefde ervaring van de patiënt met Behçet. Hetgeen in de Angelsaksische literatuur de 'lived experience' wordt genoemd. En juist dat persoonlijke verhaal van de patiënt is zo belangrijk om daadwerkelijk te beseffen dat een ziekte zoals de ziekte van Behçet veel leed veroorzaakt. Leed dat vaak niet nader benoemd wordt. Op basis van dit artikel kunt u als lezer terecht tot de conclusie komen dat de lijdensdruk van het leven met de ziekte van Behçet hoog is.

Daarbij is het dan ook belangrijk te beseffen dat neurowetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat we ons vermogen tot compassie - dat bij eenieder in aanleg aanwezig is - verder kunnen ontwikkelen.

Literatuur

1. Frankopan P. **The Silk Roads. A new history of the world.** Bloomsbury Paperbacks, New York; 2015.
2. Van Laar, Jamnitski A, Baarsma GS, et al. **De ziekte van Behçet en de mogelijkheden van tumornecrosisremmende medicatie.** Ned Tijdschr Geneesk, 2006;150:705-9.
3. Zouboulis CC, Kötter I, Djawari D, et al. **Epidemiological features of Adamantiades-Behçet's disease in Germany and in Europe.** Yonsei Med J, 1997;38:411-22.
4. International Study Group for Behçet's Disease. **Criteria for diagnosis of Behçet's disease.** Lancet, 1990;335:1078-80.
5. Saadoun D, Wechsler B. **Behçet's Disease.** Orphanet J of Rare Diseases, 2012;7:20.
6. Van Daele PLA, Kappen JH, van Hagen PM, et al. **Managing Behçet's disease: An update on current and emerging treatment options.** Therapeutics and Clinical risk management, 2009;5:385-390.
7. Tai V, Karen Lindsay K, Sims J, et al. **Qualitative study: the experience and impact of living with Behçet's syndrome.** New Zealand Med J, 2017;130:27-36.
8. Youngson R. **Time to Care.** Bohn, Stafleu en van Loghum, 2014; Houten.

9. Kennedy C. **Burnout in de Dermatologie. Risicofactoren en Interventies Anno 2019.** Ned Tijds Dermatol Venereol, 2019;29(5):15-9.
10. Groopman J. **How doctors think.** New York: Mariner Books, 2008
11. Kennedy C. **De Dermatoloog van de toekomst. Een reflectie op het Visiedocument Medisch Specialist 2025.** Ned Tijds Dermatol Venereol, 2018; 28(5):3-6.
12. van den Boom F, Schnabel P. **Psychosociale aspecten van chronische ziekten in Geestelijke Volksgezondheid. Geschiedenis van het denken en stand van de discussie.** Bohn Stafleu, van Loghum, 1998.
13. Bernhard T. **How to be sick. A Buddhist inspired guide for the chronically ill and their caregivers.** Wisdom Publications, 2010;Sommerville.
14. Brink E van den, Koster F. **Compassievol leven; van mindfulness tot heartfulness.** Amsterdam: uitgeverij Boom, 2012.
15. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher JR, et al. **Alterations in Brain and Immune function produced by mindfulness meditation.** Psychosom Medicine, 2003;65;564-570.
16. Kennedy C. **Mindfulness.** WCS Nieuws, 2016;4:39-41.
17. Kennedy C. **Mindfulness and Dermatology.** International Journal of Dermatology, 2016;55(12):1417-1418.

** Kees Kennedy, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*