Allergische contactdermatitis:

Een adaptatie van de Duodecim Richtlijn naar de Belgische zorgcontext.

Charlotte D'Hollander, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Dr. Philips Hilde, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Bresseleers Stefan, Wijnegem

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar 2014-2016

Abstract

Allergische contactdermatitis: Een adaptatie van de Duodecim Richtlijn naar de Belgische zorgcontext.
HAIO: Charlotte D'Hollander, Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Dr. Hilde Philips, Universiteit Antwerpen

Context

Het betreft de adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Allergic contact dermatitis' naar de Belgische zorgcontext onder begeleiding van EBM*Practice*Net. Daarnaast is er een implementatie in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen

Aan de adaptatie werd er gewerkt met twee onderzoekers. In totaal werden er zes klinische vragen opgesteld. Deze masterproef bespreekt: 'Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?', 'Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?' En 'Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?'. De overige drie klinische vragen; Wat is een eerste-lijns topicale medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?', 'Met welke differentieel diagnose houd je rekening in de diagnose van allergische contactdermatitis?' en 'Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?' worden in de masterproef van Lynn Van Reet besproken.

Methode

De geadapteerde aanbevelingen kwamen tot stand met de ADAPTE-procedure. Verschillende internationale databanken en Belgische bronnen werden geraadpleegd door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar voor de klinische vragen. De geselecteerde literatuur werd gescreend en de weerhouden richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van AGREE II. De inhoud van de aanbevelingen werd getoetst aan nieuwere literatuur en gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. In consensus werden er beslissingen gemaakt rond de geselecteerde aanbevelingen die nagelezen werden door de leescommissie van EBM*Practice*Net. Na het adaptatieproces was er de implementatiefase. Hierin werden de aanbevelingen ten eerste getoetst door Belgische huisartsen met een peer review aan de hand van een PowerPoint en casuïstiek. Nadien werd er een praktijkconsensus geformuleerd in de opleidingspraktijk.

Resultaten

Aan de hand van deze procedure werden er enkele aanbevelingen ontwikkeld. Deze werden uitgeschreven tot een volledige richtlijn en zal na goedkeuring worden gepubliceerd op EBM*Practice*Net. Op deze manier zal deze informatie toegankelijk zijn voor Belgische huisartsen via het elektronisch medisch dossier.

Conclusies

De kernboodschappen van de aanbevelingen zijn dat het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zeer wisselend (polymorf) zou zijn, mede afhankelijk van het allergeen. Tevens kan er op basis van de rash geen verschil gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis. Snel inwerkende emolliëntia zouden aangebracht moeten worden na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling. Patiënten moeten ook aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden. Er kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, bv methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken. Het doel van deze aanbevelingen is om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij allergische contactdermatitis.

Trefwoorden

ICPC-code: S88: contacteczeem ; ICD 10: L23: allergische contactdermatitis

Contact

charlotte.dhollander@hotmail.com

Dankwoord

Mijn dank gaat in de eerste plaats uit naar onze promotor, Dr. H. Philips, verbonden aan de vakgroep ELIZA, Universiteit Antwerpen en huisarts te Deurne. Voor de inspiratie, de hulp bij de realisatie en het grondig nalezen van deze masterproef huisartsgeneeskunde.

Ik dank ook de leden van EBM*Practice*net voor de organisatorische begeleiding en de feedback op de overlegmomenten.

Daarnaast ook een woord van dank aan mijn praktijkopleider voor de motivatie en steun die ik van hem kreeg om door te werken aan deze masterproef. De peer review en implementatie van deze masterproef zouden niet mogelijk geweest zijn zonder de ondersteuning van de opleidingspraktijk 'Huisartsenpraktijk De Linde' en de meewerkende huisartsen uit de regio.

Tenslotte wil ik ook Lynn Van Reet bedanken voor de zeer aangename en vlotte samenwerking.

Inhoudstabel

Abstract p. 2

Dankwoord p. 3

1. Inleiding p. 6
   1.1. Keuze van het onderwerp p. 6
   1.2. Toelichting van het onderwerp en epidemiologie p. 6
   1.3. Stand van de literatuur p. 7
   1.4. Kernproblemen p. 7
   1.5. Doelstellingen p. 7
2. Methodologie p. 8
   2.1 De screeningsfase p. 8
      2.1.1. Definiëring van de klinische vragen p. 8
      2.1.2. Literatuurstudie p. 9
      2.1.3. Screening van de gevonden richtlijnen p. 9
      2.1.4. Waardering van de geselecteerde richtlijnen p. 9
      2.1.5. Selectie van de aanbevelingen p. 10
      2.1.6. Nazicht door de commissie p. 10
   2.2 De adaptatiefase p. 11
   2.3 De implementatiefase p. 11
      2.3.1. Peer review p. 11
      2.3.2. Formuleren van een praktijkconsensus p. 12
3. De Resultaten p. 12
   3.1. De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn p. 12
      3.1.1. De literatuurstudie p. 12
      3.1.2. De ADAPTE-procedure tot een eerste versie van de aanbevelingen p. 13
      3.1.3. De implementatie: peer review p. 13
      3.1.4. De finale versie van de aanbevelingen en het schrijven van de richtlijn voor EBM*Practice*Net p. 17
   3.2. De implementatiefase: het formuleren van een praktijkconsensus p. 18
      3.2.1. De voorbereiding p. 18
      3.2.2. Aflijnen van het onderwerp p. 18
      3.2.3. Beschrijving van de dagelijkse praktijk in een casus p. 18
      3.2.4. Analyse van het kwaliteitsprobleem p. 19
      3.2.5. Formuleren van de praktijkconsensus p. 19
4. De discussie p. 20
   4.1. Inzichten p. 20
   4.2. Sterktes en beperkingen p. 21
      4.2.1. Sterktes p. 21
      4.2.2. Beperkingen p. 22
5. Besluit p. 22
6. Referenties p. 23

Bijlage 1: de finale geadapteerde richtlijn p. 24
1. Overzicht materiaal p. 24
    a. Gestructureerde abstract p. 24
    b. Auteurs p. 25
2. Introductie en achtergrond p. 25
3. Doelstelling p. 25
4. Doelgroep voor de richtlijn p. 26
5. Patiëntenpopulatie p. 26
6. Klinische vragen p. 26
7. Kernboodschap p. 27
    a. Aanbevelingen p. 27
    b. Sterkte van aanbeveling in vorm van Grade p. 27
8. Toelichting tot de aanbeveling p. 28
    a. Praktische toelichting tot de kernboodschappen
    b. Kritische opmerking met betrekking tot implementatie
9. Basis voor de aanbeveling p. 31
    a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid
    b. Beschrijving van eventuele aanvullende informatie
    c. Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen
10. Peer review proces p. 36
    a. Beschrijving van opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review p. 36
11. Planning voor update p. 38
12. Referenties p. 38
13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen p. 39

Bijlage 2: Powerpoint presentatie gebruikt bij de peer review p. 40

Bijlage 3: Protocol Ethische Commissie p. 47

Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie p. 49

1. Inleiding

1.1. Keuze van het onderwerp

Bij de start als huisarts-in-opleiding werd er de mogelijkheid gegeven om zelf een onderwerp te kiezen voor de masterproef. Na een informatieve sessie over de verschillende mogelijkheden was ik meteen enthousiast over het project om een Duodecim Richtlijn te adapteren. Zelf gebruik ik EBM*Practice*Net[1] erg veel waardoor het mij snel duidelijk was hoe nuttig deze masterproef kon zijn voor de praktijk. Meewerken aan een groter project leek mij daardoor erg interessant. Daarnaast was dit de ideale mogelijkheid om meer te weten te komen over het proces van richtlijnontwikkeling. Hoe zo'n richtlijn tot stand kwam was mij tot nu toe onbekend. De kans die we hierbij kregen om hieraan met twee studenten te werken vond ik ook een meerwaarde. Tijdens het maken van een masterproef een klankbord te hebben en overleg te kunnen plegen met een medestudent kon volgens mij de richtlijn alleen maar ten goede komen.

Verschillende Duodecim Richtlijnen werden ons in een tweede stap voorgesteld door Martine Goossens. Aangezien er al enkele jaren studenten een masterproef schrijven met betrekking tot het adapteren van een richtlijn van EBM*Practice*NET konden niet alle onderwerpen vrij gekozen worden. Een lijst met beschikbare onderwerpen werd aan ons voorgelegd. Met mijn collega HAIO, Lynn Van Reet, besloten we toen om het thema allergische contactdermatitis voor ons te nemen. Dit leek ons een interessant onderwerp aangezien dermatologie frequent voorkomt in de huisartsenpraktijk en dit voor ons toch nog vaak een valkuil was. Het idee om andere artsen en studenten met hetzelfde probleem te kunnen helpen, sprak ons erg aan.

1.2. Toelichting van het onderwerp en epidemiologie

Allergische contactdermatitis is een vorm van contacteczeem die ontstaat doordat een stof (allergeen) in contact komt met de huid via direct of aerogeen contact of na systemische blootstelling bij gesensibiliseerde patiënten en daardoor een type IV-overgevoeligheidsreactie veroorzaakt[2]. Door artsen wordt vaak de verzamelnaam 'contacteczeem' gebruikt, dit is echter niet nauwkeurig genoeg. Allergische contactdermatitis moet nog onderscheiden worden van irritatieve contactdermatitis. Irritatieve contactdermatitis ontstaat doordat irriterende stoffen/materialen en mechanische/fysische invloeden de huid via een directe inwerking beschadigen. In tegenstelling tot allergisch contacteczeem is er geen sprake van een specifieke sensibilisatiereactie[2]. De beide vormen komen echter geregeld samen voor waardoor de diagnosestelling er vaak niet gemakkelijker op wordt.

Dermatologie komt regelmatig voor in de huisartsenpraktijk, contactdermatitis is hier een belangrijk onderdeel van. De prevalentie van contactdermatitis in de huisartsenpraktijk bij volwassenen boven de 18 jaar is rond de 4%[3]. Het betreft voornamelijk irritatieve contactdermatitis en in mindere mate allergische contactdermatitis. Waarschijnlijk liggen de cijfers in werkelijkheid hoger dan op grond van huisartsenregistraties wordt geschat. Huisartsenregistraties bevatten slechts de relatief ernstige patiënten. Men moet zich realiseren dat veel patiënten met klachten van een contactdermatitis geen medische hulp inroepen. Voor mensen met beroepsgebonden contacteczeem is het bijvoorbeeld voorstelbaar dat zij denken dat het eczeem 'nu eenmaal bij het werk hoort'. Zij kunnen ook beroep doen op de arbeidsgeneesheer. Anderen zullen in België rechtstreeks naar de dermatoloog gaan.

Contactdermatitis is een van de meest voorkomende beroepsgebonden huidziekten. Tijdige diagnostiek en behandeling verbeteren dan ook de kwaliteit van leven van patiënten en voorkomt onnodig verzuim en arbeidsongeschiktheid[4]. Uit een Nederlandse registratie voor beroepsgebonden eczeem bleek dat ongeveer 9% van de meldingen die van kappers betrof, deze worden gevolgd door schoonmakers, verpleegkundigen en automonteurs[5].

1.3. Stand van de literatuur

Over allergische contactdermatitis werden er weinig richtlijnen gepubliceerd. Een struikelblok hierbij is al de verwarring rond de terminologie tussen 'dermatitis', 'eczeem', 'allergisch', 'niet-allergisch', 'irritatief'… Ook artsen gebruiken deze termen vaak door elkaar. Zo zijn er meerdere richtlijnen rond eczeem maar minder over het meer specifiekere allergische contactdermatitis. Contactdermatitis is een pathologie waar er wel veel beschrijvende literatuur over bestaat, zoals in handboeken. Anderzijds is weinig onderzoek naar verricht waardoor het aantal onderzoeksartikels beperkt blijft. Het zal een uitdaging worden om geschikte literatuur te vinden voor de adaptatie van de oorspronkelijke richtlijn. De Engelstalige Duodecim richtlijn[6] is gedateerd van 2013 en is vrij beknopt waardoor een herziening en aanvulling wel op zijn plaats is.

1.4. *Kernproblemen*

Dermatologie en meer bepaald contactdermatitis blijft voor de meeste huisartsen een on-the-spot diagnose. Toch is het klinische beeld niet altijd even duidelijk. De differentiaal diagnose is een moeilijk punt door de vele overlap met andere aandoeningen. Men blijft geregeld met veel vraagtekens zitten. Toch wordt er door veel huisartsen snel met een proeftherapie gestart. Qua therapie wordt er dan vaak medicatie en adviezen gegeven gebaseerd op ervaring. Dit kan eigen ervaring zijn maar even goed gebaseerd zijn op therapieën gestart door dermatologen. Met deze richtlijn wordt dan ook geprobeerd meer duidelijkheid te geven rond het klinisch beeld, de differentieel diagnose en de therapie. Er zal ook geprobeerd worden enkele praktische tips te geven aan huisartsen die meteen toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk.

1.5. Doelstellingen

Het doel van deze masterproef is om de Duodecim richtlijn 'Allergic contact dermatitis'[6], die door de redactie van EBMPracticeNet op basis van kwaliteit van inhoud en toepasbaarheid in de Belgische context een negatieve beoordeling kreeg, te adapteren. De geadapteerde aanbevelingen worden vervolgens geïmplementeerd in de praktijk. Er wordt geprobeerd de oorspronkelijke richtlijn aan te vullen met aanbevelingen rond het klinisch beeld, de differentieel diagnose en de therapie van allergische contactdermatitis. Deze zullen nadien beschikbaar gesteld worden in de database van EBM*Practice*Net en zo toegankelijk zijn voor Belgische huisartsen via de evidence linker van het elektronisch medisch dossier. De richtlijn hoopt zo meer informatie beschikbaar te stellen en de klinische praktijk van huisartsen te verbeteren.

2. Methodologie

Het “Handboek voor Haio’s over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be”[7] werd strikt gevolgd. Dit handboek werd opgemaakt aan de hand van de “Adapte Manual and Resource Kit”[8].

2.1. De screeningsfase

2.1.1. Definiëring van de klinische vragen

Naar aanleiding van, volgens ons, ontbrekende informatie in de oorspronkelijke Duodecim richtlijn en onze eigen interesses stelden mijn collega en ik samen zes klinische vragen op. Daarin gaan we dieper in op het ‘klinisch beeld’, de ‘differentieel diagnose’ en de ‘therapie’ van allergische contactdermatitis. Deze subthema’s werden vertaald in PIPOH’s (P: patient population/disease characteristics; I: intervention of interest; P: professionals targeted by the guideline; O: outcomes and endpoints to be taken into consideration; H: healthcare setting and context). Deze PIPOH’s hebben we gebruikt als basis om onze klinische vragen te formuleren.

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?
P: patiënt met rash
I: morfologische huidafwijkingen passend bij allergische contactdermatitis
P: huisarts
O: diagnose allergische contactdermatitis
H: eerstelijnszorg in België

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?
P: patiënt met allergische contactdermatitis
I: emolliëntia
P: huisarts
O: remissie huidletsels van allergische contactdermatitis
H: eerstelijnszorg in België

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?
P: patiënt met een ernstige of uitbreidende allergische contactdermatitis
I: orale corticoïden
P: huisarts
O: remissie huidletsels van allergische contactdermatitis
H: eerstelijnszorg in België

Klinische vraag 4: Wat is een eerste-lijns topicale medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?

Klinische vraag 5: Met welke differentieel diagnose houd je rekening in de diagnose van allergische contactdermatitis?

Klinische vraag 6: Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?

De eerste drie klinische vragen zullen verder uitgewerkt worden in deze masterproef. De laatste drie klinische vragen komen aan bod in de thesis van mijn collega, Lynn Van Reet.

2.1.2. Literatuurstudie

Om de klinische vragen te beantwoorden werden verschillende medische internationale en nationale databanken geraadpleegd. Dit volgens het watervalprincipe waarbij er eerst gezocht werd bij quaternaire bronnen, nadien tertiaire en secundaire bronnen. Zo werd er gezocht in internationale databases zoals Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), Clinical Knowledge Summaries (CKS) van National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Trip Database, … Daarnaast werd er ook nog gezocht op relevante Belgische sites naar EBM publicaties over het onderwerp zoals Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), Hoge Gezondheidsraad (HGR), Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), Belgisch Centrum voor Therapeutisch Informatie (BCFI), Federale Overheidsdienst (FOD) Gezondheidszorg, Minerva en Farmaka.

Voor de zoektocht werden er enkele exclusiecriteria bepaald. Zo werd er enkel geselecteerd op Engelstalige of Nederlandstalige literatuur. De eindgebruiker is de huisarts of andere artsen in de eerste lijn. Ook wordt er enkel gezocht naar richtlijnen. Op de leeftijd van de patiënten werd niet geëxcludeerd.

Met enkele trefwoorden (‘allergic dermatitis’, ‘contact dermatitis’, ‘contact dermatitis therapy’, contact dermatitis symptoms’, ‘contact dermatitis diagnosis’, ‘contact eczema’, ‘dermatitis’, ‘hand dermatitis’, ‘eczema’) doorzochten de onderzoekers de databases en kwamen we elk tot een 8-tal relevante richtlijnen over het onderwerp. Deze zoektocht gebeurde voor beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar.

2.1.3. Screening van de gevonden richtlijnen

Beide onderzoekers lazen de titel en het abstract van de richtlijnen. Bij een eerste screening werd er gekeken of er antwoorden gevonden werden op de klinische vragen in de weerhouden richtlijnen. Meer bepaald werd er aandacht gegeven aan het klinisch beeld, de differentieel diagnose en de therapie van allergische contactdermatitis. Met de kwaliteit van de richtlijnen mee in het oog te gehouden werden er in consensus 3 richtlijnen weerhouden die aan het AGREE II instrument[9] onderworpen werden.

2.1.4. Waardering van de geselecteerde richtlijnen

De drie richtlijnen werden verder aan het AGREE II instrument[9] onderworpen. Elke richtlijn werd door de beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar gewaardeerd, gescoord en gearchiveerd. Met

het AGREE II instrument wordt de richtlijn beoordeeld op 6 domeinen. Deze domeinen bevatten onder meer “onderwerp en doel”, “betrokkenheid van de belanghebbenden”, “methodologie”, “helderheid en presentatie”, “toepassing” en “onafhankelijkheid van de opstellers”. Elk domein krijgt hierbij een score, nadien wordt er ook een totaal beoordeling gegeven van heel de richtlijn. De scores van de beide onderzoekers werden nadien met elkaar vergeleken. Bij afwijkende scores kon de score door consensus aangepast worden.

Vervolgens werden voor elke klinische vraag de aanbevelingen uit de verschillende geselecteerde richtlijnen opgelijst in de voorgevormde matrix[10]. Van deze aanbevelingen werden de onderliggende evidentie, het evidentieniveau (level of evidence) en de graad van de aanbeveling (grade of recommendation) gezocht en werden deze ook in de matrix geplaatst. Deze matrix is nuttig om een duidelijk overzicht te houden van alle aanbevelingen en hun uitwerking. Zo kunnen verschillen of gelijkenissen tussen de verschillende richtlijnen vlotter geïdentificeerd worden. De richtlijnen die wij geselecteerd hadden, gebruikten niet allemaal dezelfde waardering van bewijskracht. Dit maakt het minder overzichtelijker. We hebben dit opgelost door elke methode kort toe te lichten in de matrix.

Elke aanbeveling werd dan gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Richtlijnen kunnen snel gedateerd zijn. Daarom is er in het adaptatieproces de mogelijkheid om naar recentere informatie te zoeken en deze, indien relevant, nog te includeren. Hiervoor gebruikt men terug het watervalprincipe. De beoordeling van de samenhang van de aanbeveling omvat drie grote stappen. Ten eerste nazicht van de zoekstrategie en de focus van de klinische vraag. Ten tweede een evaluatie van de samenhang tussen de geselecteerde evidentie en de wijze waarop de auteurs dit hebben samengevat en geïnterpreteerd. En als derde de evaluatie van de samenhang tussen de interpretatie van de evidentie en de geformuleerde aanbeveling. Als laatste worden de aanbevelingen ook nog gewaardeerd op toepasbaarheid en dit in de Belgische context. Aandachtspunten zijn de verwachtingen en voorkeuren van patiënten, toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk (organisatie, ondersteuning, terugbetaling…), culturele conflicten en nazicht van de doelgroep en de patiëntengroep besproken in de geselecteerde richtlijnen.

Parallel aan dit proces werd er ook nog per klinische vraag Belgische Evidence-Based Medicine (EBM)-informatie samengevat.

2.1.5. Selectie van de aanbevelingen

In deze belangrijke stap overliepen we de verschillende evaluaties en namen we de beslissing om de aanbevelingen van de Duodecim richtlijn al dan niet te adapteren. Indien zo, werd er bepaald welke richtlijn(en) en/of aanbeveling verder gebruikt werden in het adaptatieproces. Deze stap is een van de meest cruciale bij de ontwikkeling van een richtlijn. Alle beslissingen werden dan ook nauwkeurig gedocumenteerd in de matrix.

2.1.6. Nazicht door de leescommissie

Hierna werd onze matrix voor een eerste keer nagelezen door de leescommissie van EBM*Practice*Net. Deze diende als een tussentijdse controle op heel het proces.

2.2. De adaptatiefase

Een eerste versie van de richtlijn werd opgemaakt op het einde van ons eerste jaar als huisarts-in-opleiding. De aanbevelingen geformuleerd door de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werden elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit de matrix. Rekening houdend met de onderliggende bewijskracht van elke aanbeveling, werd er besloten of de aanbevelingen in de Duodecim richtlijn moesten geadapteerd worden. Elke al dan niet aangepaste aanbeveling kreeg hiervoor een niveau van bewijskracht en een graad van aanbeveling. Dit is meer bekend als de GRADE[11] (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) waarbij de bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode (A = hoog; B = matig; C = laag en zeer laag) en de graad van aanbeveling in een cijfer (1 = sterke aanbeveling; 2 = zwakke aanbeveling).

2.3. De implementatiefase

Het doel van deze implementatiefase is de ontworpen richtlijn te toetsen aan de Belgische zorgcontext. Kan onze geadapteerde richtlijn gebruikt worden door Belgische huisartsen? Zijn er hierna nog aanpassingen nodig aan de aanbevelingen?

2.3.1. Peer review

De richtlijn werd met zijn aanbevelingen voorgelegd aan een groep die de richtlijn uiteindelijk zullen gebruiken; huisartsen. Wij hebben gebruik gemaakt van een uitgebreide powerpoint presentatie (zie bijlage 2) om onze richtlijn voor te stellen. De powerpoint presentatie bestond telkens uit 1 inleidende casus per thema rond een klinische vraag. Hierbij werden nog enkele multiple choice vragen aan toegevoegd om meer discussie bij de artsen te weeg te brengen. Alle discussiepunten en opmerkingen werden nauwkeurig genoteerd. Nadien werd elke aanbeveling geprojecteerd, zo kregen de huisartsen de kans om een Likert-schaal in te vullen op een apart antwoordformulier waardoor de toepasbaarheid beter geobjectiveerd kon worden. Deze schaal werd onderverdeeld in 5 extremen; niet toepasbaar – moeilijk toepasbaar – neutraal – toepasbaar – gemakkelijk toepasbaar. Nadien werd er aan elke aanbeveling een gemiddelde score toegekend.

Deze presentatie met bijhorende Likert-schalen hebben wij voorgesteld aan 1 lokale kwaliteits-groep op 17/12/2015 met 7 huisartsen. Deze LOK-groep bevond zich in de regio Wijnegem/Schilde/'s Gravenwezel/Oelegem. Daarnaast ook in 2 seminariegroepen op 15/12/2015 en 12/01/2016 met elk 9 HAIO's en 1 huisarts en beide in de provincie Antwerpen.

De antwoordformulieren en discussiepunten werden nauwkeurig bestudeerd en hier en daar conclusies uitgetrokken. De ingevulde formulieren met alsook de Likert-schalen kunnen op vraag bij de auteurs bekeken worden.

2.3.2. Formuleren van een praktijkconsensus

Als laatste stap van de implementatiefase volgde de toetsing in de eigen opleidingspraktijk. Dit was een praktijk met één mannelijke arts (praktijkopleider Dr. Bresseleers) en twee vrouwelijke artsen (Dr Papasideris en Dr. Van Gorp). Elk van een andere leeftijdscategorie. Na overleg met de praktijkopleider werd er besloten de aanbevelingen via bevraging te toetsen. Beter gekend als het visgraatmodel. Dit is een tool die bedoeld is om oorzaken van problemen in kaart te brengen. Aan de rechterkant van de visgraat wordt het veroorzaakte effect of probleem beschreven. Aan de linkerkant worden de oorzaken in kaart gebracht. De oorzaken worden ingedeeld in verschillende categorieën waarbij weer vertakkingen naar sub-oorzaken worden gelegd.

Bij het formuleren van een praktijkconsensus komen er enkele stappen aan bod;

- De voorbereiding
- Aflijnen van het onderwerp
- Beschrijving van de dagelijkse praktijk in een casus
- Analyse van het kwaliteitsprobleem
- Formuleren van een praktijkconsensus

3. De resultaten

3.1. De ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn

3.1.1. Literatuurstudie

Na een uitgebreide zoektocht in de grootste databanken heb ik 8 richtlijnen weerhouden die op het eerste zicht relevant waren voor de ontwikkeling van een geadapteerde richtlijn.

1) British Journal of Dermatology. Guidelines for the management of contact dermatitis: an update. 2009
2) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. 2011
3) British Occupational Health Research Foundation. Occupational contact dermatitis & urticaria. 2010
4) Nederlands Huisartsen genootschap (NHG). NHG-standaard: Eczeem. 2014
5) Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn Contacteczeem. 2013
6) NHS Plus, Royal College of Physicians, Faculty of Occupational Medicine. Dermatitis: occupational aspects of management. A national guideline. 2009
7) The American Academy of Allergy, Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Contact dermatitis: a practice parameter. 2006
8) Hoge gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening. 2009

In consensus met mijn collega, Lynn Van Reet, hebben we drie richtlijnen geselecteerd. Hiervoor hebben we alle titels en abstracts van de richtlijnen van onze aparte screening nagelezen. De drie richtlijnen werden nadien geëvalueerd met AGREE II. Ze hadden alle drie een goede score waardoor we ze verder hebben gebruikt voor de ontwikkeling van de richtlijn.

Volgende richtlijnen werden weerhouden;

1) Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn Contacteczeem. 2013
2) The American Academy of Allergy, Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Contact dermatitis: a practice parameter. 2006
3) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. 2011

3.1.2. De ADAPTE-procedure tot een eerste versie van de aanbevelingen

De ADAPTE-procedure[8] werd in detail verder uitgeschreven in de matrix[10] (stap 4.2 tot 4.5). Hierin werden alle stappen in detail uitgewerkt.

De uitwerking van stap 4.2 tot 4.5 werd door beide onderzoekers gedaan voor elk hun klinische vragen. Dit voor de oorspronkelijke Duodecim richtlijnen en de drie weerhouden richtlijnen voor het adaptatie-proces. Hier werd er aandacht gegeschonken aan de inhoud van de aanbevelingen, de onderliggende evidentie en aan de waardering van de aanbevelingen op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. Aanvullende informatie kon aan elke stap toegevoegd worden. Niet elke richtlijn gaf een antwoord op elke klinische vraag. Per klinische vraag werd een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte evidentie, aanvullende informatie en consensus procedures opgemaakt. Deze beschrijving is terug te vinden in de finale richtlijn (bijlage 1) onder *punt 9) Basis voor de aanbeveling.*

3.1.3. De implementatie: peer review

De eerste peer review vond plaats in de seminarie groep van Lynn Van Reet in regio Antwerpen. 9 HAIO's en 1 staco namen deel aan de voorstelling. Enkele dagen nadien volgde de lokale kwaliteitsgroep (LOK) in regio Wijnegem/Schilde/'s Gravenwezel/Oelegem. Twee van de drie artsen van opleidingspraktijk 'De Linde' waren in deze LOK ook aanwezig. In totaal waren er bij de presentatie zeven artsen aanwezig. In januari volgde dan nog de seminarie groep onder de leiding van staco Dr. Tania D'Hollander. Hier waren er weer 9 HAIO's en 1 huisarts aanwezig. Voor alle peer reviews hebben de onderzoekers nauw samengewerkt. De presentatie werd verdeeld onder de twee onderzoekers. Zo kon er aangevuld worden bij het noteren en bij het vragen stellen aan het publiek.

Door het brengen van casussen en multiple choice vragen kwam er snel discussie op gang waar de onderzoekers veel van hebben kunnen bijleren. Verschillende thema's kwamen op deze manier aan bod; beschikbaarheid/betaalbaarheid van medicatie, herkennen van symptomen, compliantie van de patiënt, risico-batenverhouding, taak van de huisarts…

Een belangrijk deel van onze peer review betreft het testen van de toepasbaarheid van onze aanbevelingen. Hiervoor besloten we de Likert-schaal te gebruiken. Per aanbeveling kregen de artsen de mogelijkheid deze in te vullen. Zie hieronder:

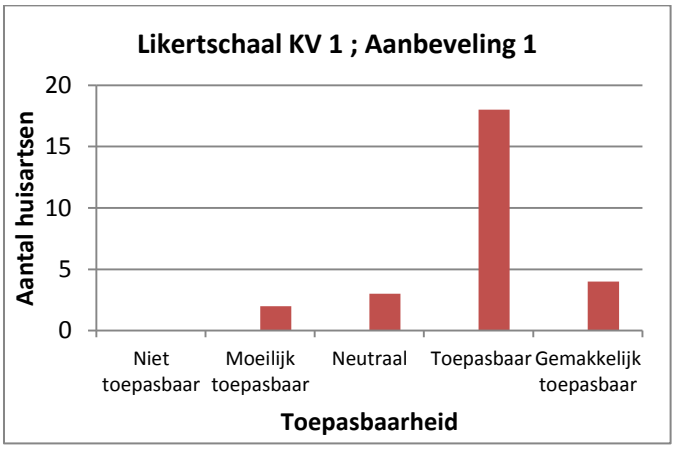
Gelieve onze aanbeveling hieronder te beoordelen aan de hand van de Likert schaal (omcirkelen)

Niet toepasbaar	Moeilijk toepasbaar	Neutraal	Toepasbaar	Gemakkelijk toepasbaar

Deze resultaten hebben we per aanbeveling gebundeld. Zo hebben we een gemiddelde score kunnen verkrijgen van in totaal 27 artsen. Hieronder de resultaten:

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

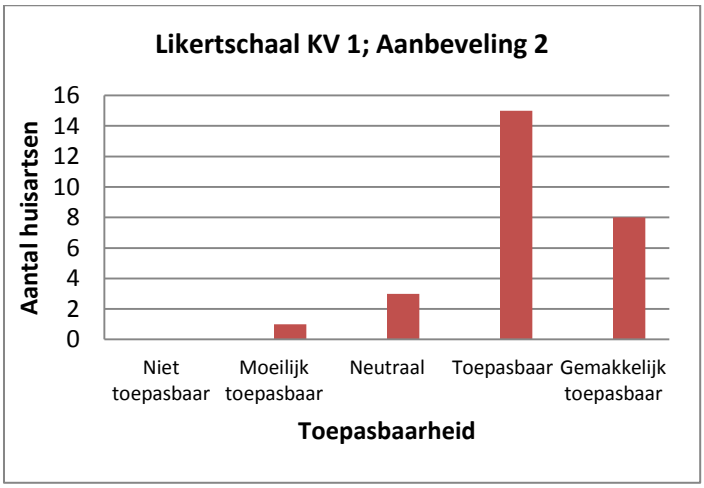
1) Het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zou zeer wisselend (polymorf) zijn, mede afhankelijk van het allergeen. **GRADE 2C**



Tabel 1: Klinische vraag 1; Aanbeveling 1

Gemiddelde score: toepasbaar

2) Tevens suggereren wij dat er op basis van de rash geen verschil kan gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis. **GRADE 2C**

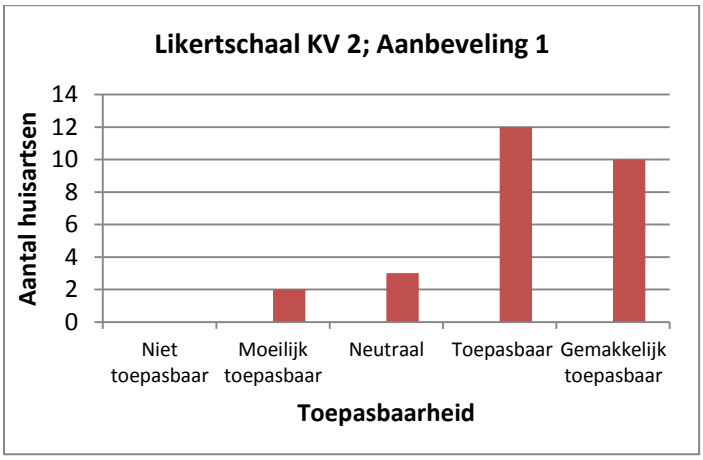


Tabel 2: Klinische vraag 1; Aanbeveling 2

Gemiddelde score: toepasbaar tot gemakkelijk toepasbaar

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

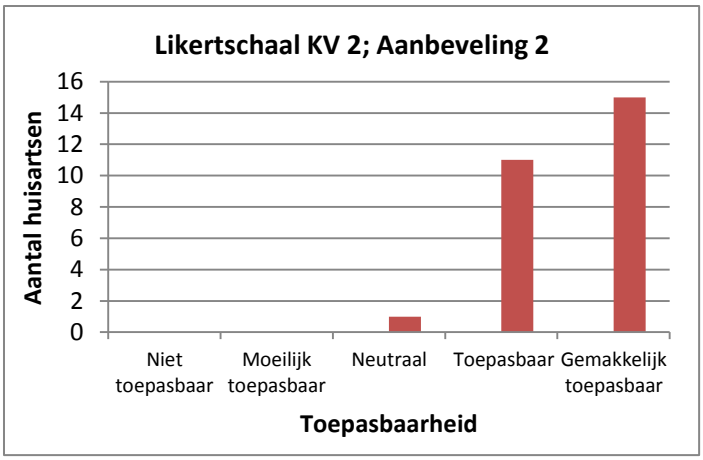
1) Wij raden aan snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling. **GRADE 1B**



Tabel 3: Klinische vraag 2; Aanbeveling 1

Gemiddelde score: toepasbaar tot gemakkelijk toepasbaar

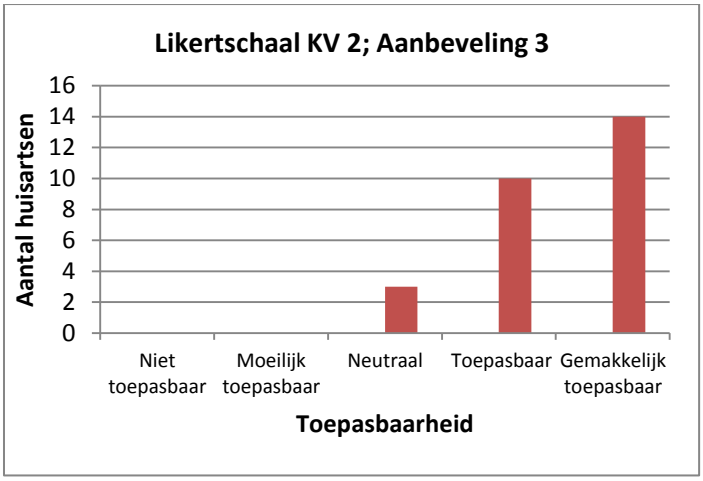
2) Patiënten moeten aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden. **GRADE 1A**



Tabel 4: Klinische vraag 2; Aanbeveling 2

Gemiddelde score: gemakkelijk toepasbaar tot toepasbaar

3) Wij suggereren bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. **GRADE 2C**

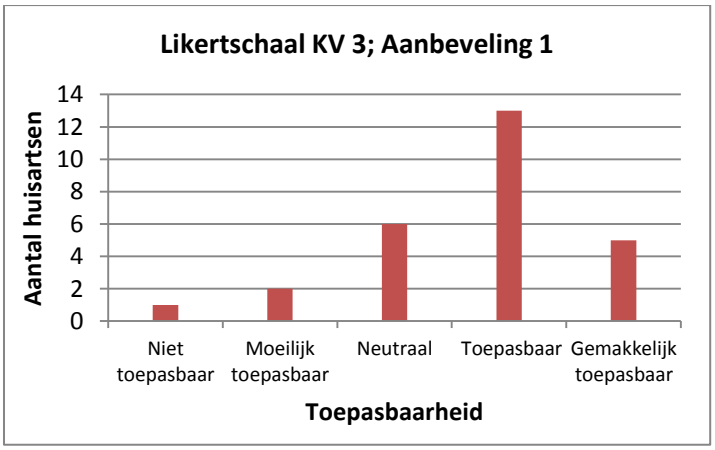


Tabel 5: Klinische vraag 2; Aanbeveling 3

Gemiddelde score: gemakkelijk toepasbaar tot toepasbaar

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

1) In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, wij suggereren bv methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken. **GRADE 2C**



Tabel 6: Klinische vraag 3; Aanbeveling 1

Gemiddelde score: toepasbaar

Over het algemeen scoren alle aanbevelingen goed qua toepasbaarheid.

3.1.4. De finale versie van de aanbevelingen en het schrijven van de richtlijn voor EBMPracticeNet

Na de verschillende peer reviews werden de aanbevelingen voor een tweede keer geëvalueerd. De weerhouden opmerkingen van de peer reviews werden beschreven in de finale richtlijn (bijlage 1) onder punt *10) Peer review proces – a) opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review.* De relevante opmerkingen voor de klinische vragen werden uitgewerkt onder punt *8) Toelichting tot de aanbeveling – b) kritische opmerking met betrekking tot implementatie.*

Het antwoord op de klinische vraag: 'Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?' luidt als volgt: Het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zou zeer wisselend (polymorf) zijn, mede afhankelijk van het allergeen. (GRADE 2C) Tevens suggereren wij dat er op basis van de rash geen verschil kan gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis. (GRADE 2C)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?' luidt als volgt: Wij raden aan snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling. (GRADE 1B) Patiënten moeten aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden. (GRADE 1A) Wij suggereren bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. (GRADE 2C)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?' luidt als volgt: In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, wij suggereren bv methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken. (GRADE 2C)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Wat is een eerste-lijns topicale medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?' luidt als volgt: Matig tot potente klasse topische corticosteroïden therapie crèmes éénmaal daags tot de huid is genezen aangepast aan de ernst en lokalisatie van de dermatitis. (GRADE 1B) We suggereren om eerder een zalf te gebruiken dan een crème als basis voor de dermatocorticosteroïden therapie (tenzij bij een heel exsudatieve rash wordt eerder een crème gesuggereerd). (GRADE 2B) Wij bevelen tevens een onderhoudstherapie aan met een (matige) topische corticosteroïd, tweemaal per week bij frequente recidieven of bij matig tot ernstig allergisch contact dermatitis. Deze kan tot een jaar lang veilig gebruikt worden, herhaling van de onderhoudstherapie is nog onvoldoende onderzocht. (GRADE 1B)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Met welke differentieel diagnose houd je rekening in de diagnose van allergische contactdermatitis?' luidt als volgt: Wij suggereren een differentiële diagnose afgebeeld in de tabel op basis van de richtlijn "ACD; update 2015" . (GRADE 2C)

Het antwoord op de klinische vraag: 'Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?' luidt als volgt: Wij suggereren dat sedatieve antihistaminica overwogen kunnen worden bij patiënten waarbij ACD de slaap verstoort. (GRADE 2B)

De laatste drie klinische vragen werden door mijn collega, Lynn Van Reet, verder behandelend. De uitwerking van haar klinische vragen tot geadapteerde aanbevelingen alsook de tabel betreffende de differentieel diagnose kunnen gevonden worden in haar MaNaMa thesis.

De kernboodschappen van de klinische vragen zijn beschreven in de finale richtlijn (bijlage 1) onder *punt 7) Kernboodschappen*. De praktische toelichting rond de kernboodschappen zijn ook te vinden in de finale richtlijn (bijlage 1) onder *punt 8) Toelichting tot de aanbeveling – a) Praktische toelichting tot de kernboodschap.*

De richtlijn zal ter goedkeuring voorgelegd worden aan de leescommissie van EBM*Practice*NET. Indien geaccepteerd zal deze gepubliceerd worden op de database van EBM*Practice*NET en op deze manier ook toegankelijk gemaakt worden voor alle huisartsen.

3.2 De implementatiefase: het formuleren van een praktijkconsensus

3.2.1. De voorbereiding

Samen met de praktijkopleider werd er besloten dat er een korte uiteenzetting zou zijn in de praktijk. Dit op een dinsdag, over de middag, aangezien er wekelijks een praktijkvergadering is op dat moment. Dit zorgde er voor dat er een zekere formele setting was en er voor de artsen geen extra tijd vrijgemaakt moest worden.

3.2.2. Aflijnen van het onderwerp

Bij het aflijnen van het onderwerp is er gekozen voor de preventie en therapie met emolliëntia. Dit leek naar de opleidingspraktijk toe het meest interessant. Na twee jaar in dezelfde opleidingspraktijk te staan, is er gebleken dat hier relatief weinig aandacht aan wordt geschonken. In het elektronisch medisch dossier zijn er weinig magistrale voorschriften terug te vinden. Aan de andere kant kunnen er wel mondeling adviezen gegeven worden en merkproducten worden aangeraden zonder dat hier weet van is.

3.2.3. Beschrijving van de dagelijkse praktijk in een casus

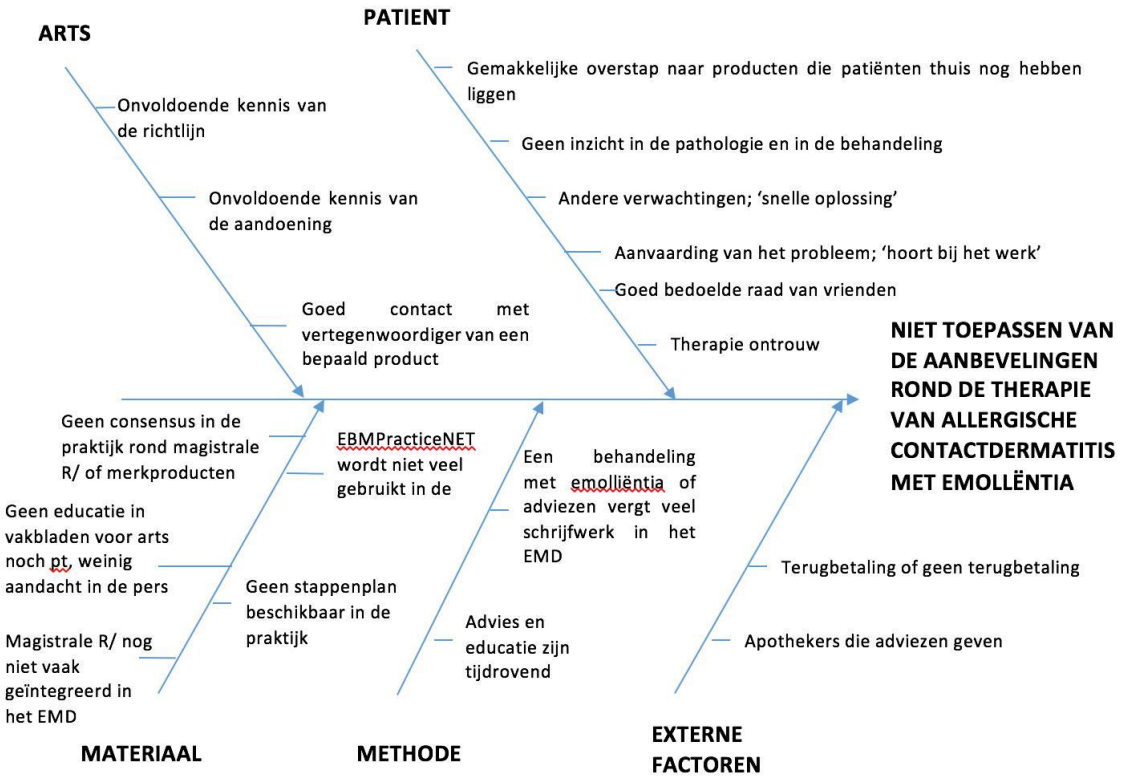
Als casus is er een patiënt gekozen die zeer herkenbaar is voor een huisartsenpraktijk. Op deze manier kon iedereen een eigen inbreng hierop hebben.

“Het gaat om een jonge man van in de twintig die op consultatie komt met een jeukende rash op de handen. Hij werkt in een schoonmaakbedrijf. Sinds enkele dagen toenemende roodheid aan de vingers en rug van de hand, wat uitbreidend naar de pols. De linker hand is meer aangetast dan het rechter. Hij heeft de indruk dat de uitslag erger is geworden met het koude weer. Bij klinisch onderzoek valt vooral de roodheid op met daarbij enkele blaasjes alsook kloven. Daarnaast zijn er

ook krabletsels door de vele jeuk. De huisarts vermoedt een allergische contactdermatitis aangezien er met veel verschillende chemicaliën gewerkt wordt in het schoonmaakbedrijf. Handschoenen werden niet met regelmaat gedragen. Door de huisarts werd er een behandeling gestart met Elocom crème 2x/dag. Mondeling werd er aangeraden zijn handen in te smeren met 'een hydraterende crème'. Er werd geadviseerd terug te komen op consultatie bij onvoldoende beterschap. Ook werd er aangeraden het probleem aan te kaarten bij de arbeidsgeneesheer."

3.2.4. Analyse van het kwaliteitsprobleem

In een eerste deel werd er gekeken waar de richtlijn niet gevolgd werd. Het probleem werd geanalyseerd en er werd onderzocht welke barrières er waren om de richtlijn niet uit te voeren zoals er werd voorgesteld. Om het overzichtelijk te houden wordt dit voorgesteld door onderstaand visgraat model.



3.2.5 Formuleren van de praktijkconsensus

Na analyse van het visgraatmodel, is er door de artsen in de opleidingspraktijk gekozen om de aanbevelingen te vertalen naar praktijkaanbevelingen.

Zo omvatten de praktijkaanbevelingen enkele adviezen die aan patiënten zullen meegedeeld worden wanneer zij met een allergische contactdermatitis op consultatie komen. Er zal aangeraden worden om snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk

handeling. Daarnaast zal er telkens een emolliëns voorgeschreven worden of geadviseerd worden tijdens de behandeling met topische corticosteroïden. De suggestie voor het magistrale voorschrift, waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag, werd toegevoegd aan het elektronisch medisch dossier in de hoop dat dit nu sneller zal gebruikt worden.

4. De discussie

4.1. Inzichten

Het opstellen van een evidence-based richtlijn is een tijdrovend en arbeidsintensief proces. Elke stap moet in detail nauwkeurig uitgewerkt worden. Niets wordt aan het toeval overgelaten. Een vaste procedure, de ADAPTE-procedure, zorgt er voor dat dit correct gebeurt. Zo zullen verschillende onderzoekers onafhankelijk van elkaar tot dezelfde resultaten komen indien ze dezelfde methodologie gebruiken. Dit geeft een zeker vertrouwen bij een literatuurzoektocht naar richtlijnen. Door deze achtergrond kan men er van op aan dat de gevonden richtlijnen ook goed onderbouwd zijn. Methodologie kan ook telkens zelf nagegaan worden, wat toch een zekere transparantie biedt. Dit verhoogt het vertrouwen en daardoor ook de bruikbaarheid van richtlijnen.

De aanbevelingen van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn werden soms deels behouden, soms geadapteerd. Nieuwe aanbevelingen werden ook geformuleerd. Telkens werd er ook aan elke aanbeveling een GRADE toegekend. Over het algemeen werden er lage scores van de GRADE gegeven. Enerzijds werd er tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar allergische contactdermatitis waardoor de aanbevelingen op weinig evidentie gebaseerd zijn. Anderzijds werden er enkele voorbeelden gegeven die gebruiksvriendelijk zijn voor de huisarts maar minder goed onderbouwd zijn. De grootste veranderingen in de aanbevelingen, zijn de aanbevelingen rond emolliëntia aangezien deze volledig nieuw zijn. In de oorspronkelijke Duodecim richtlijn komt het thema emolliëntia nog niet aan bod. Emolliëntia zijn nochtans een belangrijke factor in de therapie. Dit toont opnieuw dat er weinig onderzoek naar emolliëntia is gedaan bij het specifieke allergische contact dermatitis. Naar andere vormen van dermatitis, zoals het atopisch eczeem, is er hieromtrent al veel meer onderzoek gebeurd en is het duidelijk dat de emolliëntia een belangrijke rol hebben. Deze werden dan ook doorgetrokken in de masterproef.

Uit de peer reviews hebben we vooral geleerd dat huisartsen dermatologie een belangrijk luik vinden binnen de huisartsgeneeskunde. De meeste kennis hierover is gebaseerd op het try-and-error principe. Jonge artsen hadden graag meer houvast en duidelijke informatie rond het thema. Er was dan ook veel interesse in de richtlijn zowel door de jongere artsen in het seminarie als door de ervaren huisartsen in de LOK-groep. Met deze richtlijn lijken we toch aan veel vragen tegemoet te komen. Dit geldt ook zo voor de praktijkconsensus, de artsen in de opleidingspraktijk stonden erg open om nieuwe informatie te leren en deze nadien toe te passen.

Bij de peer review lieten we de artsen de aanbevelingen scoren aan de hand van de Likert-schaal. Over het algemeen scoren alle aanbevelingen goed qua toepasbaarheid.

Bij de eerste klinische vraag werden de aanbevelingen als goed toepasbaar gescoord. De uitleg hierrond is duidelijk en informatief om te weten. Nadeel van deze aanbevelingen is dat ze weinig

bruikbaar zijn in de praktijk. Ze verrijken vooral de kennis van de artsen rond allergische contactdermatitis maar zullen het beleid tijdens de consultatie niet erg beïnvloeden.

Vooral de aanbevelingen van de tweede klinische vraag scoren het beste qua toepasbaarheid. De meeste aanbevelingen scoren de huisartsen als toepasbaar tot gemakkelijk toepasbaar. Vermoedelijk ligt de oorzaak erin dat dit zeer praktische aanbevelingen zijn die huisartsen onmiddellijk kunnen gebruiken tijdens een consultatie. Onvoldoende kennis rond dit onderwerp zorgt er waarschijnlijk voor dat ze deze ook sneller zullen toepassen indien geconfronteerd met casussen rond allergische contactdermatitis. Uit de discussies bleek ook dat er vaak twijfel was rond het voorschrijven van emolliëntia. Magistrale voorschriften bleken een hiaat te zijn bij de huisartsen. Met deze aanbevelingen is er geprobeerd op een deel van de vragen te kunnen antwoorden.

De aanbeveling rond de systemische corticosteroïden werd het minst goed gescoord. Enkele huisartsen gaven de score van 'neutraal', twee moeilijk toepasbaar en zelfs één huisarts gaf de score van 'niet toepasbaar'. Tijdens de discussie bleek dat veel artsen wat terughoudend waren tegenover de duur van de orale corticosteroïden. Zeker bij de oudere huisartsen is er nog steeds het idee dat corticosteroïden in een afbouwschema gegeven moeten worden om nevenwerkingen te voorkomen. Dit principe is echter achterhaald. Vermoedelijk speelt dit mee in de quotering door de artsen van de aanbeveling.

Er lijkt geen verband te zijn tussen de GRADE gegeven aan de aanbevelingen en hoe huisartsen deze scoren voor toepasbaarheid.

4.2. Sterktes en beperkingen

4.2.1. Sterktes

Een grote sterkte van deze masterproef is dat de afgewerkte richtlijn betreffende allergische contactdermatitis bruikbaar zal zijn voor Belgische huisartsen via EBM*Practice*Net en de evidence linker van het elektronisch medische dossier. Hierdoor zal er on-the-spot informatie ingewonnen kunnen worden zo nodig.

Er werd gewerkt via de gekende ADAPTE-procedure, daarnaast is er maar een klein deel gebaseerd op discussie en consensus. Hierdoor is de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen zeer goed. De implementatiefase is een meerwaarde geweest voor de toepassing in de Belgische zorgcontext. Relevantie opmerkingen werden gegeven in de peer reviews die de toepasbaarheid van de aanbevelingen hebben getoetst. De toepasbaarheid is via de Likert-schaal geobjectiveerd. Artsen waren bij deelname van de peer review verplicht deze in te vullen. Via enkele grafieken in de masterproef kan men zich snel een beeld vormen van hoe gemakkelijk of moeilijk een aanbeveling toepasbaar is in de praktijk.

Door de klinische vragen werd er ook een nieuw onderwerp aangesneden, namelijk het gebruik van emolliëntia in de therapie naast topische corticosteroïden. In de oorspronkelijke Duodecim werd hier nog niet over gesproken. Na een zoektocht in EBM*Practice*Net naar gerelateerde onderwerpen bleek dat ook daar niet veel gezegd werd over emolliëntia. De oorzaak ligt waarschijnlijk in het feit dat het gebruik van emolliëntia moeilijk te objectiveren is, en er hierdoor weinig studies zijn. Zo hebben de aanbevelingen die met deze masterproef voorgesteld worden ook een lage GRADE. Hoe dan ook is

het gebruik van emolliëntia een belangrijk en te vermelden waard onderwerp in de richtlijn. Enkele voorbeelden hiervan zijn voor huisartsen ook een meerwaarde in de praktijk.

4.2.2. Beperkingen

Een beperking van deze masterproef kan zijn dat het voor beide onderzoekers de eerste keer was dat zij een richtlijn adapteerden. Door onervarenheid kunnen mogelijks fouten in het proces geslopen zijn of kunnen er enkele onvolledigheden zijn.

Een andere zwakte situeert zich in het feit dat de richtlijn onvolledig is. Enkel het klinisch beeld, de differentieel diagnose en de therapie werden in deze richtlijn besproken. Andere thema's zoals epidemiologie, diagnose, verwijzing,… werden niet uitgewerkt. Voor de huisarts die deze richtlijn zal gebruiken kan dit frustrerend zijn indien zijn/haar vragen niet beantwoord worden. Deze aspecten zijn echter wel interessant en kunnen eventueel in een volgende masterproef verder bekeken worden.

In deze masterproef alsook in de finale richtlijn komen veel herhalingen aan bod. Dit komt deels doordat een specifieke indeling gebruikt werd. De richtlijn die op EBM*Practice*Net gepubliceerd zal worden mag daarom enkel de noodzakelijke informatie bevatten zodat ze gebruiksvriendelijk en duidelijk blijft. Dit is ook de sterkte van EBM*Practice*Net en moet dan ook zo behouden blijven. Eventueel kan er met referenties of doorklikmogelijkheden gewerkt worden om alle onderliggende informatie te raadplegen.

Het hele implementatiedeel is niet opgezet vanuit een doorgedreven praktijkverbeterend project, zoals wordt voorgesteld in het handboek "Dokteren met kwaliteit"[12]. De toetsing in de eigen praktijk volgt maar een deels het proces van een praktijkproject. De implementatiefase was dan ook maar een aanvulling op de ontwikkelde richtlijn met een beperking in tijd om dit te ontwikkelen.

5. Besluit

De geadapteerde richtlijn allergische contactdermatitis is tot stand gekomen na intense samenwerking tussen de onderzoekers, de promotor, de praktijkopleider, de artsen die deel hebben genomen aan de peer review en de artsen in de opleidingspraktijk. Er werd gekozen om dieper in te gaan op het klinisch beeld, de differentieel diagnose en de therapie van allergische contactdermatitis. Enkele aanbevelingen werden aangepast en enkele aanbevelingen kwamen nieuw in de richtlijn terecht. Deze masterproef is dan ook een meerwaarde ten opzichte van de oorspronkelijke Duodecim richtlijn.

De adaptatie gebeurde aan de hand van een gestandaardiseerde matrix die in detail werd doorlopen en enkele peer reviews. Belgische huisartsen zullen de richtlijn, gepubliceerd op EBM*Practice*Net, kunnen gebruiken via de evidence linker van het elektronisch medisch dossier. Het doel van deze richtlijn is dan ook de kennis rond allergische contactdermatitis bij Belgische huisartsen te verbeteren en hun klinische praktijk te verbeteren. Met de praktijkconsensus is er een eerste stap gezet in de opleidingspraktijk.

6. Referenties

1. EBMPracticeNet. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/Welkom.aspx
2. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn contacteczeem. 2013.
3. Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-Standaard: Eczeem. 2014.
4. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. Br J Dermatol. 2003 Sep; 149 (3): 452-6.
5. NCvB. Beroepsziekten in Cijfers 2014. Amsterdam: Nederlands Centrum voor Beroepsziekten; 2014.
6. Duodecim. EBM Guidelines. Allergic contact dermatitis. 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd januari 2015.
7. Handboek Adaptatie Duodecim Richtlijnen_versie 3_HAIO_update juli 2013-1.
8. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0 ; 2009
9. The AGREE Next Steps Consortium. AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. 2009. Beschikbaar via: http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations. Geraadpleegd april 2015.
10. Matrix allergische contactdermatitis. Beschikbaar via: https://docs.google.com/spreadsheets/d/172KgVqs_P_d6E-YmcsKpnZl5U7WjcCesXrJddqyHfmU/edit#gid=314988869
11. Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;38:505-9
12. Grouwels D., Seuntjens L. VBP. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: Standaard uitgeverij; 2008.

Bijlage 1: De geadapteerde richtlijn

Allergische contactdermatitis

1. Overzicht materiaal

a. Gestructureerde abstract

Context

Het betreft de adaptatie van de Duodecim richtlijn 'Allergic contact dermatitis' naar de Belgische zorgcontext onder begeleiding van EBMPracticeNet. Daarnaast is er een implementatie in de huisartsenpraktijk.

Onderzoeksvragen

Aan de adaptatie werd er gewerkt met twee onderzoekers. In totaal werden er zes klinische vragen opgesteld. Deze masterproef bespreekt: 'Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?', 'Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de therapie van allergische contactdermatitis?' En 'Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?'. De overige drie klinische vragen; Wat is een eerste-lijns topicale medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?', 'Met welke differentieel diagnose houd je rekening in de diagnose van allergische contactdermatitis?' en 'Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van allergische contactdermatitis?' worden in de masterproef van Lynn Van Reet besproken.

Methode

De geadapteerde aanbevelingen kwamen tot stand met de ADAPTE-procedure. Verschillende internationale databanken en Belgische bronnen werden geraadpleegd door de twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar voor de klinische vragen. De geselecteerde literatuur werd gescreend en de weerhouden richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van AGREE II. De inhoud van de aanbevelingen werd getoetst aan nieuwere literatuur en gewaardeerd op courantheid, samenhang en toepasbaarheid. In consensus werden er beslissingen gemaakt rond de geselecteerde aanbevelingen die nagelezen werden door de leescommissie van EBMPracticeNet. Na het adaptatieproces was er de implementatiefase. Hierin werden de aanbevelingen ten eerste getoetst door Belgische huisartsen met een peer review aan de hand van een PowerPoint en casuïstiek. Nadien werd er een praktijkconsensus geformuleerd in de opleidingspraktijk.

Resultaten

Aan de hand van deze procedure werden er enkele aanbevelingen ontwikkeld. Deze werden uitgeschreven tot een volledige richtlijn en zal na goedkeuring worden gepubliceerd op EBMPracticeNet. Op deze manier zal deze informatie toegankelijk zijn voor Belgische huisartsen via het elektronisch medisch dossier.

Conclusies

De kernboodschappen van de aanbevelingen zijn dat het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zeer wisselend (polymorf) zou zijn, mede afhankelijk van het allergeen. Tevens kan er op basis van de rash geen verschil gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis. Snel inwerkende emolliëntia zouden aangebracht moeten worden na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling. Patiënten moeten ook aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden. Er kan gebruik gemaakt worden van bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, bv methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken. Het doel van deze aanbevelingen is om de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren bij allergische contactdermatitis.

Trefwoorden

ICPC-code: S88: contacteczeem ; ICD 10: L23: allergische contactdermatitis

Contact

charlotte.dhollander@hotmail.com

b. Auteurs

C. D'Hollander, huisarts-in-opleiding (KUL, Leuven) in opleidingspraktijk 'De Linde' te Wijnegem.
L. Van Reet, huisarts-in-opleiding (KUL, Leuven) in opleidingspraktijk 'Annonciaden' te Wijnegem.
H. Philips (UA, Antwerpen) verbonden aan de vakgroep ELIZA, Universiteit Antwerpen, huisarts te Deurne.

Deze richtlijn werd ontwikkeld van oktober 2014 tot april 2016.

2. Introductie en achtergrond

Allergische contactdermatitis is een vorm van contacteczeem die ontstaat doordat een stof (allergeen) in contact komt met de huid via direct / aerogeen contact of na systemische blootstelling bij gesensibiliseerde patiënten en daardoor een type IV-overgevoeligheidsreactie veroorzaakt[1]. Door artsen wordt vaak de verzamelnaam 'contacteczeem' gebruikt, dit is echter niet nauwkeurig genoeg. Allergische contactdermatitis moet nog onderscheiden worden van irritatieve contactdermatitis. Deze irritatieve contactdermatitis ontstaat doordat irriterende stoffen/materialen en mechanische/fysische invloeden de huid via een directe inwerking beschadigen. In tegenstelling tot allergisch contacteczeem is er geen sprake van een specifieke sensibilisatiereactie[1]. De beide vormen komen echter geregeld samen voor.

Dermatologie komt regelmatig voor in de huisartsenpraktijk, contactdermatitis is hier een belangrijk onderdeel van. De prevalentie van contactdermatitis in de huisartsenpraktijk bij volwassenen boven de 18 jaar is rond de 4%[2]. Het betreft voornamelijk irritatieve contactdermatitis en in mindere mate allergisch contactdermatitis. Daarnaast moet men zich realiseren dat veel patiënten met klachten van een contactdermatitis niet bij de huisarts komen. Een deel van de patiënten zal met zijn/haar klachten niet tot bij een arts komen, een ander deel zal beroep doen op de arbeidsgeneesheer of op de dermatoloog.

Contactdermatitis is een van de meest voorkomende beroepsgebonden huidziekten. Tijdige diagnostiek en behandeling verbeteren dan ook de kwaliteit van leven van patiënten en voorkomt onnodig verzuim en arbeidsongeschiktheid[3].

3. Doelstelling

Het doel van deze richtlijn is om over het klinisch beeld van contactdermatitis alsook over de differentieel diagnose en therapie gebruiksklare aanbevelingen te formuleren voor de praktijk. Op

deze manier willen we de kwaliteit van zorg in de eerste lijn verbeteren. Integratie van de richtlijn in EBM*Practice*Net geeft huisartsen de kans om via de evidence linker in hun elektronisch medisch dossier informatie op te zoeken tijdens hun consultatie. De hoop ligt er in de klinische praktijk van Belgische huisartsen te verbeteren.

4. Doelgroep voor de richtlijn

Belgische huisartsen zullen op een eenvoudige manier gebruik kunnen maken van de richtlijn. Daarnaast kunnen ook andere medici in de eerste lijn, bv arbeidsgeneesheren,… deze richtlijn toepassen. Studenten geneeskunde en huisartsen-in-opleiding kunnen deze informatie ook gebruiken aangezien deze duidelijk gestructureerd weergegeven is en men er van uit kan gaan dat de informatie goed onderbouwd is.

5. Patiëntenpopulatie

In de richtlijn is er geen exclusie voor de leeftijd van patiënten. De patiënten hebben al dan niet een arbeid-gerelateerde allergische contactdermatitis. Etniciteit of geslacht zijn ook geen exclusiecriteria.

6. Klinische vragen

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

Voor de klinische vragen 4-6: zie masterproef Lynn Van Reet

7. Kernboodschappen

a. Aanbevelingen

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

1) Het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zou zeer wisselend (polymorf) zijn, mede afhankelijk van het allergeen. (2C)

2) Tevens suggereren wij dat er op basis van de rash geen verschil kan gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis. (2C)

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

1) Wij raden aan snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling. (1B)

2) Patiënten moeten aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden. (1A)

3) Wij suggereren bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. (2C)

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

1) In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, wij suggereren bv methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken. (2C)

b. Sterkte van de aanbevelingen in vorm van GRADE

Elke aanbeveling kreeg een niveau van bewijskracht en een graad van aanbeveling. Dit is meer bekend als de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) waarbij de bewijskracht wordt vertaald naar een lettercode (A = hoog; B = matig; C = laag en zeer

laag) en de graad van aanbeveling in een cijfer (1 = sterke aanbeveling; 2 = zwakke aanbeveling). De toegekende GRADE[4] werd telkens achter elke aanbeveling vermeld.

Met andere woorden:

GRADE 1A = Sterke aanbeveling, hoog niveau van bewijskracht.
GRADE 1B = Sterke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht.
GRADE 1C = Sterke aanbeveling, laag of zeer laag niveau van bewijskracht.
GRADE 2A = Zwakke aanbeveling, hoog niveau van bewijskracht.
GRADE 2B = Zwakke aanbeveling, matig niveau van bewijskracht.
GRADE 2C = Zwakke aanbeveling, laag of zeer laag niveau van bewijskracht.

8. Toelichting tot de aanbeveling

Inbreng van de patiënt en afweging van de huisarts

Richtlijnen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld[5].

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

a. Praktische toelichting tot de kernboodschap

Het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zou zeer wisselend (polymorf) zijn, mede afhankelijk van het allergeen. (2C) Het eczeem is onscherp tot matig scherp begrensd[1]. In het acute stadium bestaat het eczeem vooral uit jeukende, erythemateuze, oedemateuze, vesiculeuze tot bulleuze laesies die later kunnen gaan natten (erosies) en een papuleuze en/of geïndureerde component krijgen. In het chronische stadium wordt het beeld beheerst door erytheem, papels, lichenificatie, hyperkeratosis, schilfering en kloven[1]. De rash verschijnt eerst aan de kant van de

blootstelling maar kan dan meer diffuus verspreid worden. Bij een nieuwe blootstelling, zullen de symptomen opnieuw binnen 1-2 dagen optreden en zullen ze geleidelijk verdwijnen naarmate de blootstelling ophoudt[6]. Het is vaak onmogelijk om allergische contactdermatitis van andere soorten dermatitis te onderscheiden op basis van het klinische beeld alleen[6]. Er kan dan ook geen verschil gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis op basis van de rash alleen. (2C) De lokalisatie van de rash helpt mee tot de uiteindelijke diagnose van een contactdermatitis. Zo zijn vooral handen en polsen, aangezicht en nek, en oksels voorkeursplaatsen. Maar ook op de taille, benen en dijbenen, bilspleet en voeten kan een contactdermatitis voorkomen[6].

b. Kritische opmerking met betrekking tot implementatie

Door het polymorfe karakter van de rash bij een allergische contactdermatitis blijft de differentieel diagnose erg uitgebreid. Het klinische beeld zelf is dan ook weinig toepasbaar in de praktijk voor diagnostiek. Een goede anamnese kan huisartsen verder op weg helpen. Verdere vragen rond gebruik van bepaalde producten, thuis en op het werk, alsook de mate van contact hiermee zijn essentiële punten in een consultatie. Overleg met de arbeidsgeneesheer kan bij sommige patiënten ook een meerwaarde zijn.

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

a. Praktische toelichting tot de kernboodschap

De definitieve behandeling van allergische contactdermatitis blijft het vermijden of verwijderen van het allergeen[6]. Dit kan door persoonlijke beschermingsmiddelen, het veranderen van stoffen of methoden die worden gebruikt op het werk of soms zelfs verandering van job. Een tweede hoeksteen van de therapie zijn de topische corticosteroïden en indien ernstig of sterk uitgebreide allergische contactdermatitis de systemische corticosteroïden.

Het gebruik van emolliëntia is vaak een vergeten rol in de behandeling van allergische contactdermatitis. Nochtans daarom niet minder belangrijk. Het gebruik van emolliëntia tijdens de behandeling met topische corticosteroïden zal de effectiviteit van de topische corticosteroïden doen toenemen[7-8]. Ook zal het gebruik van emolliëntia de hoeveelheid topische corticosteroïden die gebruikt worden, verminderen[9]. Praktisch kunnen emolliëntia 1 tot 2 keer per dag aangebracht worden. Er wordt ook aangeraden snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van

de handen en iedere natwerk handeling. (1B) Ook het verder zetten van het gebruik van emolliëntia op droge huid wanneer de topische corticosteroïden gestopt zijn, zouden een voordeel hebben[10]. Als voorbeeld van een magistraal voorschrift suggereert de richtlijn waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag. (2C) Bij sommige artsen beter bekend als 'AVA-crème'. Dit is een lipofiele crème geschikt voor de droge huid.

b. Kritische opmerking met betrekking tot implementatie

De gebruiksvriendelijkheid van de emolliëntia is erg belangrijk voor de therapietrouw. Er bestaan verschillende vormen; zalven, crèmes, lotions, gels… De keuze hierbij ligt bij de patiënt. De vette zalven hebben in principe een beter emolliërend effect, maar zijn minder gebruiksvriendelijk en patiënten verkiezen vaak een minder vet preparaat voor dagelijks gebruik[11]. Met een goede communicatie tijdens de consultatie kan hiervoor een weloverwogen voorschrift geschreven worden. Magistrale voorschriften ten opzichte van merkproducten hebben verschillende voor- en nadelen. Magistrale voorschriften zijn goedkoper en er kan ook een betere follow-up voorzien worden door de huisarts. Merkproducten hebben een breder gamma en zijn vaak gebruiksvriendelijk voor de patiënt. Een goed samenwerkingsverband met de apotheker in de buurt kan bijdragen tot een goede keuze. Suggesties rond emolliëntia in de richtlijn kunnen de mindere kennis over dit thema proberen aan te vullen.

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

a. Praktische toelichting tot de kernboodschap

Er kan systemische therapie worden overwogen indien er twijfel bestaat over de effectiviteit en de respons op dermatocorticosteroïden. Dit kan bijvoorbeeld door de ernst van de aandoening, doordat lokale toepassing gecontra-indiceerd is of door te verwachten gebrekkige opname van het steroïd, zoals bij een zeer heftig eczeem met veel blaasjes. Systemische orale corticosteroïden worden dus pas gestart bij ernstige of uitbreidende allergische contactdermatitis, met andere woorden enkel per uitzondering. Indien behandeling toch noodzakelijk is, dan bij voorkeur zo kort mogelijk, als stootkuur[12-13]. Beterschap kan dan verwacht worden binnen de 12 à 24 uur. Medrol (Methylprednisolone) is in België een gekend en veel gebruikt product. Afhankelijk van de ernst kan er bijvoorbeeld gestart worden met methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken[14]. (2C)

Antibiotica zijn zelden nodig bij allergische contactdermatitis, en ze vervangen de topische behandeling niet. Enkel indien de uitslag duidelijk geïnfecteerd is, kan een antibioticum geïndiceerd zijn[6].

b. Kritische opmerking met betrekking tot implementatie

De gemiddelde opinie van de Belgische huisarts toont aan dat er nog een zekere terughoudendheid is in het voorschrijven van systemische corticosteroïden. Langs de andere kant ook het besef dat dit nuttig kan zijn in de juiste omstandigheden. Een correcte diagnose en opvolging, eventueel met tussenkomst of advies van een dermatoloog, komt de patiënt ten goede.

9. Basis voor de aanbeveling

Hieronder wordt de basis voor de aanbeveling gestructureerd weergegeven. Voor de details wordt er verwezen naar de matrix[15] waarin het proces, opgemaakt aan de hand van de "Adapte Manual and Resource Kit"[16], uitgewerkt werd. Hierin staan alle literatuur en stappen vermeld die resulteerden in de geadapteerde aanbevelingen. Ook meer uitleg rond evidentie niveau's van verschillende richtlijnen kunnen hier geraadpleegd worden.

Klinische vraag 1: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

In de oorspronkelijke Duodecim werd er geen duidelijk antwoord op de klinische vraag gevonden. Daarin wordt er enkel gesproken over de plaats van expositie met het allergeen waardoor dit een onvoldoende antwoord geeft op de vraag. Bij verdere literatuurstudie gaf de richtlijn contacteczeem[1] de beste antwoorden. De aanbevelingen van de bronguideline waren beide gebaseerd op evidentie van niveau 3, meer bepaald van een zwak niveau. Bij verdere controle naar de verwijzende artikels[17;18] is er weinig tot geen consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze hebben samengevat en geïnterpreteerd in de bronguideline. Daarnaast worden de aanbevelingen ook gebaseerd op een handboek[19]. Jammer genoeg hadden we hier geen toegang toe. Verdere zoektocht naar nieuwere evidentie leverde geen meerwaarde op.

De tweede geselecteerde richtlijn, 'contact dermatitis: practice parameter[20]', gaf wel een antwoord op de klinische vraag. Hierin staat dat de uitslag zich presenteert met een spectrum aan morfologische cutane reacties. De richtlijn vermeldt wel een evidence niveau C, maar er wordt niet aangeven op welke literatuur dit gebaseerd is. Hierdoor hebben we deze richtlijn niet verder weerhouden in het adaptatieproces.

In de derde richtlijn, 'Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline[10]', werd er geen antwoord gegeven op de klinische vraag rond het klinische beeld. Hier kon dan ook niet verder mee gewerkt worden.

b. Beschrijving van aanvullende informatie

Cher-Han Tan 2014[13] en *Fonacier LS 2014*[21] zijn beide overzichtsartikels die het klinische beeld van een allergische contactdermatitis goed beschrijven. Het is echter zeer moeilijk hier verder onderzoek en evidentie over te vinden. We hebben de beschrijvingen dan ook niet weerhouden om een aanbeveling rond te creëren.

c. Beschrijving van consensus procedures om tot een bepaald besluit te komen

In consensus werd er besloten de richtlijn contacteczeem[1] te gebruiken als basis voor de aanbevelingen. Aangezien de onderliggende evidentie van de bronguideline aanbeveling van lage kwaliteit was en er weinig consistentie was tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze hebben samengevat en geïnterpreteerd, hebben we de graad van de geadapteerde aanbeveling na consensus bepaald op een 2C.

<u>Klinische vraag 2</u>: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

In de Duodecim richtlijn werd het luik emolliëntia als therapie niet beschreven. Een nieuwe aanbeveling hierrond was echter wel op zijn plaats.

De meeste informatie over dit thema was te vinden in de richtlijn 'management of atopic eczema in primary care[10]'. Rond atopisch eczeem en de behandeling ervan met emolliëntia werd al meer onderzoek gedaan dan bij allergische contactdermatitis. De onderliggende principes zijn echter dezelfde waardoor deze richtlijn wel geselecteerd werd ter adaptatie. In de bronguideline[10] wordt er aangeraden emolliëntia te gebruiken tijdens de behandeling met topische corticosteroïden. De 'grade of recommendation' bedroeg een grade A en het niveau van evidentie een 1+ (met andere woorden goede meta-analyses, systematic reviews of RCTs met een laag risico op bias). Het advies is gebaseerd op goede evidentie[7-9]. In het artikel van *Hanifin JM et al*.[7] wordt er met een studie aangetoond dat de groep die behandeld werd met een dermatocorticosteroïd + een emolliëns een betere outcome had dan de groep die enkel behandeld werd met een dermatocorticosteroïd. *Szczepanowska J et al.*[8] beschrijft dat door een toegevoegde behandeling met emolliëntia, de jeuk en droge huid meer zal afnemen dan met een dermatocorticosteroïd alleen. *Grimalt R et al*.[9] toont dat de behandeling met emolliëntia het gebruik van sterk werkzame dermatocorticosteroïden significant reduceert. Er is dus samenhang tussen de evidentie en de aanbeveling. De aanbeveling scoorde ook zeer goed op courantheid, er werd geen nieuwere evidentie gevonden en is toepasbaar in de Belgische zorgcontext[15].

De richtlijn 'contacteczeem[1]' werd weerhouden voor adaptatie. Het advies hierin om emolliëntia te gebruiken na het reinigen van de handen en na iedere natwerk handeling is gebaseerd op verschillende artikels[22-26] met een goed evidentieniveau. *Kutting B et al.*[23] vermeldt dat verzorgende en beschermende crèmes helpen om de huidveranderingen die horen bij een contactdermatitis te verminderen. *Kampf van G et al.*[24] geeft aan dat het gebruik van een handcrème onmiddellijk na elke wasbeurt de droge en ruwe huid vermindert. *Williams C et al.*[25] toont aan dat regelmatige toepassing van hydraterende crèmes op een normale huid een beschermende werking heeft op de barrière van de huid tegen blootstelling aan irritantia en allergenen. *Bauer A et al.*[26] vermeldt dat hydraterende crèmes helpen om hand dermatitis te voorkomen. De aanbeveling is dus vooral gebaseerd op *Kampf 2006.*[24] De samenhang tussen evidentie en aanbeveling is correct.

Bij nagaan van de courantheid werd er nog één referentie[27] gevonden. *Corazza et al.*[27] beschrijft dat het risico tot allergische en irritatieve contactdermatitis wordt gereduceerd door emolliëntia, doordat zij de penetratie en absorptie van allergenen verminderen. Dit lag in dezelfde lijn als de voorgaande evidentie en bood geen meerwaarde.

In de practice parameter richtlijn[20] wordt er over secundaire preventie met emolliëntia gesproken bij geregelde expositie met het allergeen. Aangezien bij verder nazicht de evidentie hiervan erg zwak

was en de doelgroep hier voornamelijk de arbeidsgeneeskunde was, hebben we deze richtlijn niet weerhouden voor verdere adaptatie.

b. Beschrijving van aanvullende informatie

Voor de toepasbaarheid van het gebruik van emolliëntia in de Belgische zorgcontext hebben we gebruik gemaakt van de Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (bcfi) folia; aanpak van atopisch eczeem[11]. Hierin worden de verschillende soorten emolliëntia met een magistraal voorschrift besproken. Er zijn verschillende categorieën waarbij de vette zalven een beter emolliërend effect hebben, maar ook minder gebruiksvriendelijk zijn. De gels en lotions daarentegen zijn snelinwerkend. Lokalisatie, mate van huiddroogte en voorkeur van de patiënt maken het moeilijk om één aanbeveling hieromtrent naar voor te schuiven. Als een soort middenweg wordt er voor een droge huid bijvoorbeeld een lipofiele crème aangeraden, meer bepaald de waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF. Deze lipofiele crème is terug te vinden in het 'therapeutisch magistraal formularium[28]'. Eventueel kunnen ook crèmes op basis van ureum (5 à 10%) gebruikt worden, deze hebben een meer uitgesproken hydraterend en antiprurigineus effect.

c. Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot een bepaald besluit te komen.

De graad van aanbeveling en het evidentieniveau van de eerste aanbeveling rond de behandeling van allergische contactdermatitis, waarbij gesteld wordt dat er snel inwerkende emolliëntia aangebracht moeten worden na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling, werd in consensus gesteld op een GRADE 1B. Dit is een sterke aanbeveling met een matig niveau van bewijskracht. De aanbeveling bevat meer voordelen dan nadelen voor de patiënten. De huidbarrière wordt hersteld en beschermd met minimale nevenwerking voor de patiënt. Er is bij de patiënt wel een zekere motivatie nodig om deze therapie consequent te volgen.

De geadapteerde aanbeveling rond het gebruik van emolliëntia gelijktijdig met topische corticosteroïden is gebaseerd op studies van zeer goede kwaliteit. De voordelen overtreffen ook duidelijk de nadelen. Al de gekende nadelen van corticosteroïden worden verminderd door het gelijktijdig gebruik van emolliëntia. De patiënten zullen dit waarderen en de aanbeveling is zo ook kosteneffectief. In consensus werd er aan deze aanbeveling een GRADE 1A gegeven.

Aangezien er ook de vraag was van huisartsen om voorbeelden te verwerken in de aanbevelingen, kozen we er bij consensus voor om de waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1à2x/dag mee te integreren in de geadapteerde richtlijn. Deze aanbeveling kreeg een GRADE 2C. Dit komt neer op een zwakke aanbeveling met laag of zeer laag niveau van bewijskracht. Er zijn geen vergelijkende studies te vinden tussen de verschillende emolliëntia. Wel is geweten dat applicatie ervan nuttig is. Er zijn geen aanwijzingen dat de waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat beter of slechter zou zijn dan andere magistrale voorschriften.

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid

Het advies van de aanbeveling is voornamelijk gebaseerd op de oorspronkelijke Duodecim richtlijn[6].

De richtlijn 'contacteczeem[1]' werd wel geselecteerd ter adaptatie. Hierin wordt het advies gegeven om systemische corticosteroïden enkel per uitzondering te gebruiken en indien toch noodzakelijk, bij voorkeur zo kort mogelijk en als stootkuur. In de bronguideline is niet letterlijk weergegeven waar deze evidentie vandaan komt hoewel de evidentie wel het niveau 2 ((tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B (gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek)) toegekend krijgt. Vermoedelijk is het gebaseerd op een systematic review[29] dat verderop in de referentielijst te vinden was. Deze bevestigde het advies maar scoort niet goed op samenhang met de richtlijn. Een nieuwe literatuurstudie werd gedaan om op zoek te gaan naar recentere referenties die bij adaptatie in aanmerking zouden kunnen komen. Daarbij vonden we nog één artikel[12] en één internetbron[14] als resultaat. Het artikel van *Becker D et al*.[12] vermeldt dat een kortdurende stootkuur met systemische corticosteroïden helpt om uitgebreide en uitbreidende contactdermatitis snel onder controle te brengen. Dit bevestigde het advies van de bronguideline. De internetbron ging dieper in op het praktische gebruik van de systemische corticosteroïden en raad een kuur van twee weken aan met prednison.

b. Beschrijving van aanvullende informatie

Via omrekeningstabellen voor corticosteroïden in het 'Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie' (BCFI)[30] konden we de aanbeveling aanpassen aan de Belgische zorgcontext. In België

wordt er namelijk voornamelijk gewerkt met methylprednisolon (Medrol). 5 mg prednison of prednisolon komt overeen met 4 mg methylprednisolon. In de Duodecim richtlijn stelt met een behandeling voor met 20-40mg prednisolon 1x/dag. Dit komt overeen met 16-32mg methylprednisolon.

c. Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot een bepaald besluit te komen.

De oorspronkelijke aanbeveling van de Duodecim richtlijn werd maar deels aangepast. Aangezien er weinig aanvullend onderzoek is gebeurd naar systemische corticosteroïden bij allergische contactdermatitis en de gevonden literatuur in dezelfde lijn lag als de Duodecim richtlijn hebben we in consensus besloten de aanbeveling van de Duodecim richtlijn te behouden maar de medicatie aan te passen aan de Belgische zorgcontext. De onderliggende evidentie is van twijfelachtige kwaliteit waardoor deze aanbeveling een GRADE 2C krijgt.

10. Peer review proces

a. Opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review

De aanbevelingen werden aan 1 LOK groep en 2 seminariegroepen, bestaande uit HAIO's, voorgelegd. Dit gebeurde aan de hand van een PowerPoint presentatie. Casussen werden voorgesteld samen met enkele open- en meerkeuzevragen. De artsen stonden vrij om tijdens de presentatie hierover te discussiëren. Er werd bij elke aanbeveling gevraagd naar opmerkingen over inhoud en over toepasbaarheid in de praktijk. Deze opmerkingen worden hieronder per klinische vraag opgesomd.

<u>Klinische vraag 1</u>: Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?

Verschillende artsen vinden de informatie nuttig om te weten maar doordat de aanbeveling niet erg expliciet is, is deze wel moeilijk toepasbaar bij de patiënt tijdens een consultatie.

Voorbeelden, eventueel met foto's zouden een meerwaarde zijn.

Moeilijk toe te passen bij het bepalen van een beleid.

Voorstel om te specificeren dat op klinisch beeld moeilijk onderscheid kan gemaakt worden maar dat de diagnose vooral gesteld wordt op basis van anamnese.

Klinische vraag 2: Heeft het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?

Valkuilen bij artsen wat betreft emolliëntia is het grote aanbod aan merkproducten en de minieme kennis rond magistrale bereidingen.

Belangrijk is een goede communicatie met de apotheker in de buurt. Twijfel over de rol van de apotheker, inbreng van de apotheker langs de ene kant mogelijk maar basisvoorschrift blijft toch de taak van de huisarts. Telefonisch advies en overleg zouden beter kunnen. Magistrale bereidingen zouden voor apothekers een bron van inkomsten zijn, langs de andere kant tijdrovend. Merkproducten worden vermoedelijk niet objectief verkocht, vaak is de mogelijke winst een belangrijke component in de adviezen die gegeven worden.

Kosten-baten analyse is positief voor het magistrale voorschrift.

Voorstellen voor magistrale bereidingen zijn welkom. Liefst ook geïmplementeerd in het elektronisch medisch dossier. En dit zo compact mogelijk. Het therapeutisch magistraal formularium is voor vele artsen niet altijd even overzichtelijk en gebruiksvriendelijk.

Als arts is het moeilijk om de therapietrouw na te gaan. Bij merkproducten is er geen nieuw voorschrift nodig. Met magistrale bereidingen kun je hier meer op inspelen.

Weinig tot geen bijscholingen of vertegenwoordigers over het gamma van emolliëntia.

Klinische vraag 3: Welke systemische (orale) corticoïden start je bij een ernstig of uitbreidende allergische contactdermatitis?

Veel meningsverschillen rond de taak van de huisarts hierbij. Enkelen zouden doorverwijzen naar de dermatoloog of telefonisch advies inwinnen. Nadeel is de afnemende beschikbaarheid van dermatologen. De meeste artsen zouden wel al een behandeling opstarten.

Hoewel afbouwschema's van corticosteroïden volgens de literatuur achterhaald zijn, wordt dit nog vaak aangehaald door (oudere) huisartsen. Verbazing bij de artsen over de lange duur van de behandeling van de systemische corticosteroïden.

In conclusie waren de antwoorden en discussies in de peer review een meerwaarde aan het onderzoek maar hadden ze niet de kracht om de aangebrachte aanbevelingen te wijzigen. Al bij al blijken de aanbevelingen toepasbaar in de gemiddelde huisartsenpraktijk.

11. Planning voor update

Voor deze richtlijn werd een literatuurzoektocht tot maart 2015 verricht. In de tussentijd werd onder andere de tweede richtlijn die gekozen werd voor het adaptatieproces, Contact dermatitis: a practice parameter, geüpdatet. De inhoud van de adviezen voor de eerste drie klinische vragen komen inhoudelijk overeen. Tussen de literatuurzoektocht en het beëindigen van de richtlijn verschenen intussen ook nieuwe wetenschappelijke artikels over dit onderwerp. Een update om de drie jaar zou daarom aan de orde zijn. In principe gebeurt de update via EBM*Practice*NET.

12. Referenties

1. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Richtlijn contacteczeem. 2013.
2. Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-Standaard: Eczeem. 2014.
3. Skoet R, Zachariae R, Agner T. Contact dermatitis and quality of life: a structured review of the literature. Br J Dermatol. 2003 Sep; 149 (3): 452-6.
4. Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. Huisarts Nu 2008;38:505-9.
5. inbrengafweging @ www.domusmedica.be Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/inbrengafweging.html. Laatst geraadpleegd op 26 maart 2016.
6. Duodecim. EBM Guidelines. Allergic contact dermatitis. 2013. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ebmg/home. Geraadpleegd januari 2015.
7. Hanifin JM, Hebert AA, Mays SR, Paller AS, Sherertz EF, Wagner AM, et al. Effects of a low-potency corticosteroid lotion plus a moisturizing regimen in the treatment of atopic dermatitis. Curr Ther Res Clin Exp 1998;59(4):227-33.
8. Szczepanowska J, Reich A, Szepietowski JC. Emollients improve treatment results with topical corticosteroids in childhood atopic dermatitis: a randomized comparative study. Pediatr Allergy Immunol 2008;19(7):614-8.
9. Grimalt R, Mengeaud V, Cambazard F, Study Investigators G. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology 2007;214(1):61-7.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. 2011.
11. BCFI folia. Aanpak van atopisch eczeem. 2007 april.
12. Becker D. Allergic contact dermatitis. J Dtsch Dermatol Ges. 2013 Jul;11(7):607-19.
13. Cher-Han Tan, Sarah Rasool, Graham A. Johnston. Contact dermatitis: Allergic and irritant. Clinics in dermatology. 2014 Jan-Feb,32(1):116–124.
14. eMedicine. Allergic contact dermatitis treatment and prevention. Apr 2015.
15. Matrix allergische contactdermatitis. Beschikbaar via: https://docs.google.com/spreadsheets/d/172KgVqs_P_d6E-YmcsKpnZl5U7WjcCesXrJddqyHfmU/edit#gid=314988869
16. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0 ; 2009.

17. Yoshihisa Y, Shimizu T. Metal allergy and systemic contact dermatitis: an overview. Dermatol Res Pract. 2012; 2012: 749561. Epub 2012 May 30.
18. Yiannias JA, Winkelmann RK, Connolly SM. Contact sensitivities in palmar plantar pustulosis (acropustulosis). Contact Dermatitis. 1998 Sep; 39 (3): 108-11.
19. Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP. Contact Dermatitis. Springer-Verlag Berlin 10 Heidelberg; 2011 5th ed.
20. The American Academy of Allergy, Asthma and Immunology and the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Contact dermatitis: a practice parameter. 2006
21. Fonacier LS, Sher JM. Allergic contact dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2014 Jul;113(1):9-12.
22. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Richtlijn Contacteczeem. 2006.
23. B. Kütting, T. Baumeister, W. Weistenhöfer, A. Pfahlberg, W. Uter, H. Drexler. Effectiveness of skin protection measures in prevention of occupational hand eczema: results of a prospective randomized controlled trial over a follow-up period of 1 year. British Journal of Dermatology 2010, 162: 362–370.
24. Kampf van G, Ennen J, Regular use of a hand cream can attenuate skin dryness and roughness caused by frequent hand washing 2006; 6:1.
25. Williams C, Wilkinson SM, McShane P, Lewis J, Pennington D, Pierce S, et al. A double-blind, randomized study to asses the effectiveness of different moisturizers in preventing dermatitis induce by hand washing to stimulate healthcare use.British Journal of Dermatology 2009; 162: 1088-1092.
26. Bauer A, Schmitt J, Bennett C, Coenraads PJ, Elsner P, English J, Williams HC. Interventions for preventing occupational irritant hand dermatitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6.
27. Corazza M1, Minghetti S, Bianchi A, Virgili A, Borghi A. Barrier creams: facts and controversies. Dermatitis. 2014, Nov-Dec;25(6):327-33.
28. Het therapeutisch magistraal formularium beschikbaar via http://www.mfk-qmp.be/nl
29. Saary J, Qureshi R, Palda V, DeKoven J, Pratt M, Skotnicki-Grant S, Holness L. A systematic review of contact dermatitis treatment and prevention. J Am Acad Dermatol. 2005; 53: 845-855.
30. Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie; corticosteroiden. Beschikbaar via http://beta.bcfi.be/nl/chapters/6?frag=4887. Laatst geraadpleegd 25 maart 2016 maart

13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

De richtlijn allergische contactdermatitis kwam tot stand onder coördinatie van EBM*Practice*Net. Beide onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar hun werk kunnen doen. Deze richtlijn is niet beïnvloed door opvattingen, sponsoring of belangen van een financierende instantie. In de bronrichtlijnen werden ook geen belangenvermengingen genoteerd. Deze richtlijn werd geschreven in het kader van de MaNaMa-opleiding tot huisarts.

L. Van Reet, huisarts-in-opleiding (KUL, Leuven) in opleidingspraktijk ‘Annonciaden’ te Wijnegem.

C. D’Hollander, huisarts-in-opleiding (KUL, Leuven) in opleidingspraktijk ‘De Linde’ te Wijnegem.

H. Philips (UA, Antwerpen) verbonden aan de vakgroep ELIZA, Universiteit Antwerpen, huisarts te Deurne – promotor

Bijlage 2: PowerPoint presentatie gebruikt bij peer review

DUODECIM RICHTLIJN
ALLERGISCHE CONTACT DERMATITIS

Charlotte D'Hollander | Lynn Van Reet

INLEIDING

- Duodecim Richtlijn - EBM*Practice*Net

FASE 1: SCREENINGSFASE

- Vast stappenplan:
  - Stap 1: Selectie van de KV's
  - Stap 2: Search naar relevante richtlijnen
  - Stap 3: Screening van de gevonden richtlijnen (max 7)
  - Stap 4.1: Beoordeling adhv AGREE II
  - Stap 4.2-4.5:
    - Inhoud aanbeveling
    - Courantheid
    - Samenhang
    - Toepasbaarheid
  - Stap 5: Selectie van de aanbevelingen voor verdere adaptatie
  - Stap 6: Nazicht door de leescommissie

FASE 2: ADAPTATIE FASE

- Stap 7: fase 2 : adaptatiefase

⇒ voorstel tot 'grade of recommendation'

Graden van aanbeveling		Voordelen versus nadelen en risico's	Methodologische kwaliteit van de studies	Implicaties
1A	Sterke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1B	Sterke aanbeveling, matige graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Sterke aanbeveling, kan worden toegepast bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden.
1C	Sterke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's.	Observationele studies of casestudies.	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere evidentie beschikbaar komt.
2A	Zwakke aanbeveling, hoge graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2B	Zwakke aanbeveling, matige graad van evidentie	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's.	RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies.	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen naargelang de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden.
2C	Zwakke aanbeveling, lage of zeer lage graad van evidentie	Onzekerheid over voor- of nadelen – evenwicht tussen beide is mogelijk.	Observationele studies of casestudies of RCT's met majeure beperkingen.	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn.

FASE 3: IMPLEMENTATIE FASE

- Doel:
  - 1 LOK
  - 2 seminariegroepen

Casus klinisch beeld

- Een patiënte komt op consultatie met een uitslag aan beide handen. Zij werkt al jaren in de wasserij maar moet sinds een tijdje handschoenen gebruiken.
  Je denkt aan een contacteczeem.
- Welke morfologische huidafwijkingen zou je kunnen verwachten?
  1. Roodheid
  2. Schilfering
  3. Oedeem
  4. Vesikels
  5. Papels
  6. Crustae

Casus klinisch beeld

- GRADE 2C
  - Het klinisch beeld van een allergische contactdermatitis zou zeer wisselend (polymorf) zijn, mede afhankelijk van het allergeen.

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

- Kent u het verschil tussen een allergisch contacteczeem en een irritatief contacteczeem?

Casus klinisch beeld

- GRADE 2C
  - Tevens suggereren wij dat er op basis van de rash geen verschil kan gemaakt worden tussen allergische of irritatieve contactdermatitis.

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus 1 differentiële diagnose

- Geriatrische dame met recente mastectomie ikv borstcarcinoma, ondergaat momenteel nog post-operatieve radiotherapie
  - Na 3-4 bestralingen, ontwikkelt zij een rash op het bestralingsgebied die progressief toeneemt
  - Jeukt
  - Smeert enkel het 'vochtinbrengend product' dat de specialist had aangeraden....
  - Unilaterale rash, gelokaliseerd
  - Geen algemene symptomen /geen malaise

Casus 1 differentiële diagnose



Casus 2 differentiële diagnose

- 18 jarige jonge man komt op consultatie na 4 dagen festival Dour met jeukende rash op de voeten
  - 1ste maal
  - Geen familiale of persoonlijke voorgeschiedenis van dermatologische - auto - immuun aandoeningen
  - Progressief ontstaan
  - Kan nu moeilijk schoeisel verdragen
  - Nog geen therapie gebruikt

Casus 2 differentiële diagnose



18 jarige jonge man komt op consultatie na 4 dagen festival Dour met jeukende rash op de voeten
- 1ste maal
- Geen familiale of persoonlijke voorgeschiedenis van dermatologische - auto - immuun aandoeningen
- Progressief ontstaan
- Kan nu moeilijk schoeisel verdragen
- Nog geen therapie gebruikt



Met welke differentiële diagnose houd je rekening in de diagnose van ACD?
GRADE 2C

TABLE I. Differential diagnosis of allergic contact dermatitis (ACD)

Dermatologic condition	Differentiating features and clues to diagnosis
Irritant contact dermatitis	• Glazed, parched, or scalded appearance • Sharply circumscribed dermatitis • Healing begins promptly on withdrawal of the offending agent • Patch testing negative
Atopic dermatitis	• Personal or family history of atopy • Early age of onset • Chronic and recurrent • Dry, scaly very pruritic • Typical distribution Facial in infancy Extensors in early childhood Flexural areas in adolescence and adults
Seborrheic dermatitis	• Distribution: areas with sebaceous glands • Scalp, periauricular, face (medial eyebrows, glabella, nasolabial folds), presternal trunk, interscapular • Blepharitis common • Dandruff appears to be a precursor • Distinctive morphology: dull, yellowish-red, sharply demarcated lesions covered with greasy-looking scales
Dyshidrotic eczema	• Small (1-2 mm) vesicles, deep seated on nonerythematous base • Palms, soles, and/or lateral aspects of fingers, often symmetrical • Intensely pruritic and itching prodrome • Persists for 2-3 weeks and then resolves by involution and desquamation
Psoriasis	• Plaques typically have dry, thin, silvery-white, or micaceous scale • Auspitz sign: removing scale reveals a smooth, red, glossy membrane with tiny punctate bleeding
Dermatitis herpetiformis	• Genetic predisposition for gluten sensitivity • Intensely pruritic • Symmetrically grouped (herpetiform) papules and vesicles • Elbows, knees, buttocks, scapula, scalp • Direct immunofluorescence of the skin shows granular IgA at dermal papillae and occasionally along the dermo-epidermal border
Mycosis fungoides and cutaneous T-cell lymphoma	• Patches with thin, wrinkled quality, often with reticulated pigmentation • Pruritus varies from minimal or absent to common in premycotic phase and may precede MF by years • Often on lower trunk and buttocks • Cutaneous biopsy required for confirmation

Discussie differentiële diagnose

- Wat zou jullie helpen om gemakkelijker een correcte diagnose te stellen?
  - Zou een dergelijke tabel helpen?
  - Integratie in EMD ?
- Is er een probleem om de diagnose te stellen ? Drempels tot DD/ ?

Aanbeveling differentiële diagnose

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Behandeling van ACD met topische corticosteroiden (TCS)

- Met welke sterkte van TCS zouden jullie de voorgaande casussen behandelen?
- Antwoordmogelijkheden
  1. Cremicort®
  2. Eumovate®
  3. Elocom ®
  4. Dermovate®



Behandeling van ACD met topische corticosteroiden (TCS)

- Met welke frequentie zouden jullie deze casus behandelen?
- Antwoord mogelijkheden
  1. 1x/d
  2. 2x/d
  3. 3x/d
  4. 4x/d



- Plaats voor een onderhoudsbehandeling moest dit een recidiverend probleem zijn? JA /NEE

Wat is een eerste-lijn topicale medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 1B
  - Wij bevelen om als eerste keus een matig potent tot potent topische corticosteroïden therapie in te stellen, afhankelijk van de ernst en lokalisatie van de allergische contact dermatitis, 1x/dag tot wanneer de rash verdwenen is
- GRADE 2B
  - We suggereren om eerder een zalf te gebruiken dan een crème als basis voor de dermatocorticosteroïden therapie (tenzij bij heel exsudatieve rash wordt eerder een crème gesuggereerd).
- GRADE 1B
  - Wij bevelen tevens een onderhoudstherapie aan met een dermatocorticosteroïd 2x/week bij frequente recidieven van ACD

Discussie behandeling TCS

- Welke klasse schrijven jullie standaard voor ?
  - Drempel om potente TCS te schrijven?
  - Magistrale voorschriften?
  - Hulpmiddelen nodig om de sterkte van de verschillende klassen TCS te onthouden ?
    => Integratie in EMD ?
- Plaats voor onderhoudstherapie ?

Wat is een eerste-lijn topicale medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 1B
  - Wij bevelen aan om als eerste keus een matig potent tot potent topische corticosteroïden therapie in te stellen, afhankelijk van de ernst en lokalisatie van de allergische contact dermatitis, 1x/dag tot wanneer de rash verdwenen is (ongeveer 1/2 van de patiënt is rash vrij na 3 weken. bij start van een zeer potent dermatocorticosteroïd wordt er best afgebouwd om rebound rash te voorkomen).

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Wat is een eerste-lijn topicale medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 2B
  - We suggereren om eerder een zalf te gebruiken dan een crème als basis voor de dermatocorticosteroïden therapie (tenzij bij heel exsudatieve rash wordt eerder een crème gesuggereerd).

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Wat is een eerste-lijn topicale medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 1B
  - Wij bevelen tevens een onderhoudstherapie aan met een dermatocorticosteroïd 2x/week bij frequente recidieven van ACD.

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus behandeling met emolliëntia

- U ziet een patiënt met een allergische contactdermatitis aan beide handen. De oorzaak hiervan is niet meteen duidelijk.



Casus behandeling met emolliëntia

- U start de behandeling met een topisch corticosteroïd.
- Zou u nog andere elementen in de behandeling naar voor brengen? Preventieve tips?

Casus behandeling met emolliëntia

- Raadt u het gebruik van emolliëntia aan?
- Hoe schrijft u deze voor? Hebt u een concreet voorstel hiervoor?
- Welk advies geeft u daaromtrent?

Casus behandeling met emolliëntia

- GRADE 1B
  - Wij raden aan snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling.
- GRADE 1A
  - Patiënten moeten aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden.
- GRADE 2C
  - bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1 à 2 x/dag

Discussie behandeling met emolliëntia

- Drempels voor het voorschrijfgedrag? Bent u van mening dat u hierover zelf over genoeg kennis beschikt ?
- Hoe staat u tegenover magistrale bereidingen?
- Taak van de apotheker om de juiste crème of zalf voor te stellen?

Casus behandeling met emolliëntia

- GRADE 1B
  - Wij raden aan snel inwerkende emolliëntia aan te brengen na het reinigen van de handen en iedere natwerk handeling

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus behandeling met emolliëntia

- GRADE 1A
  - Patiënten moeten aanbevolen worden om emolliëntia te gebruiken tijdens hun behandeling met topische corticosteroïden.

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus behandeling met emolliëntia

- GRADE 2C
  - Bijvoorbeeld waterhoudende vaseline met sorbitansesquioleaat TMF 1 à 2 x/dag

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus behandeling met systemische corticosteroïden

Een patiënte komt bij u na het gebruik van neobacitracine in beide ogen. Zij is erg ongerust aangezien haar klachten sterk verslechterd zijn. Zij heeft ook letsels terug hoogte van de vingers. Zij klaagt van erg veel jeuk en hinderlijke zwelling in het aangezicht.



Casus behandeling met systemische corticosteroïden

- Wat is uw beleid?
- Denkt u aan systemische corticosteroïden?

Casus behandeling met systemische corticosteroïden

- GRADE 2C
  - In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, wij suggereren bv aan methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken.

Discussie behandeling met systemische corticosteroïden

- Vindt u dit relevant voor de huisarts? Of zou u hiervoor verwijzen naar een dermatoloog?
- Schrijft u systemische corticosteroïden voor aan 1 vaste dosering per dag of gebruikt u een afbouwschema?

Casus behandeling met systemische corticosteroïden

- GRADE 2C
  - In geval van ernstige en uitgebreide allergische dermatitis kan een korte kuur van systemische corticosteroïden geïndiceerd zijn, wij suggereren bv aan methylprednisolon 16-32 mg aan 1x/dag voor 1-2 weken.

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling

Casus behandeling met antihistaminica

- Zouden jullie nog een antihistaminica voorschrijven en zo ja welke ?

1. 1ste generatie – sederende
2. 2de generatie
3. Montelukast
4. Geen

Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 2B
  Wij suggereren dat sedatieve antihistaminica overwogen kunnen worden bij patiënten waarbij ACD de slaap verstoort

DISCUSSIE ANTIHISTMINICA

- Schrijven jullie dit nog frequent voor?
  - Voorkeursproducten?
- Minimum leeftijd?

Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van ACD?

- GRADE 2B
  Wij suggereren dat sedatieve antihistaminica overwogen kunnen worden bij patiënten waarbij ACD de slaap verstoort

Gelieve de Likert schaal in te vullen ikv toepasbaarheid van deze aanbeveling



WIJ DANKEN U VOOR UW AANDACHT EN PARTICIPATIE

Bijlage 3: Protocol Ethische Commissie

Protocol Manama Thesis:
Duodecim Adaptatie Richtlijn: Allergische contact dermatitis

Charlotte D'Hollander en Lynn Van Reet
Academiejaar 2014-2016
Versie 3 ; 20/02/2016

Onze thesis is gebaseerd op de Engelstalige richtlijn: Allergic contact dermatitis. We stelden ons de vraag of het mogelijk zou zijn hier de differentiaal diagnose verder in uit te werken en zo de verschillende vormen van eczeem meer te differentiëren. We hebben gemerkt dat de verschillende eczemen wel in EBMPracticeNet aan bod komen maar dat een goed overzicht ontbreekt.

In overleg met onze promotor werd er per onderzoeker drie klinische vragen verder uit te werken. Wij hebben ons toegespitst op therapie, diagnose en differentieel diagnose omdat we dit het meest relevant vonden voor de huisartsenpraktijk.

Klinische vragen:
1. Welke morfologische huidafwijkingen bevestigen de diagnose allergische contactdermatitis bij een patiënt met een rash?
2. Heet het gebruik van emolliëntia een rol in de behandeling van allergische contactdermatitis?
3. Welke systemische (orale) corticosteroïden start je bij een ernstige of uitbreidende allergische contactdermatitis.
4. Wat is een eerste-lijns topicale medicamenteuze behandeling van ACD?
5. Met welke differentieel diagnose houd je rekening in de diagnose van ACD?
6. Welke symptoomcontrole kan bereikt worden met antihistaminica in de medicamenteuze behandeling van ACD?

Vervolgens deden we een gestructureerde literatuurzoektocht op basis van het gestandaardiseerde Duodecim adaptatieproces. Onze weerhouden richtlijnen werden nadien beoordeeld op basis van de AGREE II tool zodat we uiteindelijk met drie geselecteerde richtlijnen aan ons adaptatieproces konden beginnen. We pasten deze richtlijnen elk toe op onze individuele vragen en keken hierbij tevens de recentere literatuur na (cfr Duodecim multifase adaptatieproces). Op deze manier konden we op onze klinische vragen een geadapteerd antwoord formuleren. Als laatste stap van onze eerste fase werden onze conclusies voorgelegd en nagelezen door de leescommissie van EBMPracticeNet.

Een groot luik in onze thesis betreft de *implementatiefase*. Hierbij gaan we onze geadapteerde richtlijn toetsen aan de Belgische zorgcontext. We hebben gekozen om deze toetsing uit te voeren dmv een presentatie in een LOK (lokale kwaliteitsgroep) en in twee verschillende seminariegroepen. Bij de bijeenkomst 17/12/2015, waren er 7 huisartsen aanwezig uit de regio

Wijnegem/Schilde/Oelegem/sGravenwezel. De seminariegroepen bestond uit 9 huisartsen in opleiding (HAIO)en 1 STACO /huisarts uit de provincie Antwerpen op de data 15/12/2015 en 12/01/2016. In onze presentatie zullen we per klinische vraag een casus voorstellen en toetsen we dan onze geadapteerde richtlijn op toepasbaarheid en haalbaarheid in de eerste lijn.

Tijdens de casuspresentatie vragen we de deelnemers om multiple-choice antwoordformulieren in te vullen zodat we een idee krijgen over de huidige praktijkvoering omtrent onze specifieke klinische vragen. Met de Likert schaal proberen we de toepasbaarheid te objectiveren, doch houden we daarnaast nog ruimte om persoonlijke feedback te geven. De problemen die we zeker aan bod willen laten komen zijn; beschikbaarheid/betaalbaarheid van medicatie, herkennen van symptomen, compliantie van de patiënt, risico-batenverhouding, taak van de huisarts… Aan de hand van deze feedback kunnen we dan concreter de problemen en valkuilen van onze richtlijn in kaart brengen. De antwoordformulieren zijn vooraf opgesteld, waarbij de deelnemers toestemming geven om deel te nemen aan het onderzoek door de papieren in te vullen. Dit blijft anoniem om de resultaten niet te beïnvloeden. Op deze manier kunnen de artsen ook weigeren om deel te nemen.

Om tot een praktijkconsensus te komen zullen we individueel in onze praktijken toetsen hoe we het beste de behandeling van allergische contact dermatitis conform kunnen maken tussen de collega's. Bij ons allebei is dit een groepspraktijk met 3 vaste artsen en 1 HAIO. Deze zullen we opbouwen aan de hand van het visgraatmodel.

Concluderend uit de praktijkconsensussen en peer reviews zullen we dan de nodige aanpassingen maken aan onze aanbevelingen. Als finale stap sturen we onze geadapteerde richtlijn allergische contact dermatitis door naar de duodecim leescommissie ter goedkeuring.

Bijlage 4: Goedkeuring Ethische Commissie

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Dr. H. Philips

UA
Huisartsgeneeskunde

Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Duodecim adaptatie richtlijn: allergische contact dermatitis (manama huisartsgeneeskunde Charlotte D'Hollander)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
29/02/2016	16/1/13	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 29/02/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. D'Hollander
- Protocol aangepaste versie dd. 20/02/2016
  versie 3
- Diverse
  - Presentatie LOK/seminariegroep, versie 5 dd. 16/12/2015
  - Antwoordformulier LOK/seminariegroep, versie 4 dd. 15/12/2015
  - Richtlijn 'Allergic Contact dermatitis' dd. 17/09/2013

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  - o Nooit opgestart
  - o Vroegtijdig stopgezet
  - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/1/13

datum
29/02/2016

ons kenmerk
16/1/13

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 29/02/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
HUIZING Manon	Oncoloog	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	-
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	-
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	+
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.
The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.