



Mijn Groundhog Day

Kees-Peter de Roos

Eind vorig jaar ontstond het idee een themanummer van dit tijdschrift te wijden aan 'bijzondere patiënten/consulten'. Begin dit jaar deden we daarom een oproep aan alle leden van de NVDV:

Elke dermatoloog of aios zal in zijn/haar leven gedenkwaardige consulten of patiënten meemaken die hem/haar altijd zijn bijgebleven. Naar die korte ervaringsverhalen zijn we op zoek: het kunnen humoristische, ontroerende, verrassende en/of dramatische voorvallen zijn. We gaan uit van ongeveer 400-500 woorden per bijdrage, maar korter of langer kan ook.

Een aantal mensen stuurden de afgelopen maanden een bijdrage in. Het resultaat hiervan vindt u in dit nummer van het NTvDV. Zoals verwacht, is de spreiding groot: van hilarische anekdote tot aan pure dramatiek, met idealiter steeds een korte reflectie van de auteurs. Om de lezers enig houvast te bieden, hebben we de inzendingen verdeeld in enkele categorieën, hoe arbitrair elke rubricering ook is:

- Professioneel en medisch handelen
- Persoonlijke ontwikkeling
- Verliefdheid en andere ongemakken
- Foutencarrousel
- Souvenirwinkel
- Varia.

Wie, zoals wij, enkele maanden bezig is met het thema 'bijzondere patiënten/consulten' ontkomt er niet aan dat alle zintuigen op scherp komen te staan. Wat maakt het dermatologische spreekuur en de huidpatiënten zo opmerkelijk, en wat juist niet...? En waarom?

DE 'ZES-JAARS CYCLUS'

In Nederland groei je op in wat ik een 'zes-jaars cyclus' zou willen noemen. Iedere zes jaar een nieuwe fase. De eerste zes jaar thuis waarvan de laatste twee jaar op de kleuterschool, nu de basisschool. Dan zes jaar lagere school, vervolgens zes jaar – en in mijn geval iets langer – middelbare school om daarna zes jaar geneeskunde te gaan studeren. En dan, vaak via een paar jaar werken als ANIOS, de felbegeerde vijf jaar opleiding tot medisch specialist. Maar dan volgt een werkzame periode als dermatoloog tot je pensioen, of daaromtrent.

En eind jaren negentig van de vorige eeuw was ik zes jaar dermatoloog en deed ik zoals altijd met veel plezier mijn spreekuur, toen ik op een ochtend een hele reeks patiënten aan mij voorbij zag trekken die zich met totaal verschillende huidafwijkingen presenteerden en tegelijk heel veel overeenkomsten vertoonden. De eerste patiënt had matig jeukende roodpaarse polygonale papels aan de binnenzijde van de polsen waarin ik Wickhamse striae ontwaarde. Ik legde uit:

"Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf." De volgende patiënte



Bill Murray in de film
Groundhog Day

Dermatoloog Radboud UMC, Nijmegen en gastredacteur van dit themanummer van het NTvDV

had ik eerder gebiopteerd om nauwkeuriger te kunnen zeggen wat de ronde, rode en schilferende plaques in haar gezicht waren. Histologisch onderzoek bevestigde mijn klinische vermoeden: CDLE. Ook nu weer vertelde ik de patiënt:

“Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf.”

Na een jongen met wratten zag ik een meisje met op de handruggen annulaire verheven laesies met een erythemateuze rand die niet schilferde en centraal leek te genezen. Ook nu weer hoorde ik mijzelf zeggen:

–“Dit is een chronische ontstekingsreactie van de huid en we weten niet hoe die ontstaat. Het is niet besmettelijk en het reageert vaak goed op een hormoonzalf.”

Hierna volgde nog een patiënt met Morphea en weer hoorde ik mijzelf dezelfde riedel uitspreken. Even dacht ik: ‘Waar ben ik nou eigenlijk mee bezig? Ik stel een nauwkeurige diagnose en geef steeds dezelfde uitleg en behandeling.’

Er later over nadenkend realiseerde ik mij dat er in ons vak natuurlijk veel meer diagnosen zijn waar dit voor geldt. Het laat zien dat we nog heel veel niet weten en hoewel dat minder wordt, is nog meer dan de helft van ons handelen gebaseerd op ervaring en niet op evidence. Of zoals Hugo Partsch (1938-2023), dermatoloog te Wenen en grondlegger van onderzoek naar compressietherapie ooit zei:

–“Dear friends, most of what we do is eminence based.”.

Iedere dermatoloog herkent de vaste rituelen en riedels tijdens het spreekuur. Een perpetuum mobile dat de hele dag doorgaat, en dag na dag ongewijzigd lijkt. Meteen kwam bij mij de associatie op met de film *Groundhog Day* uit 1993. Bill Murray speelt daarin de rol van een weerbarstige, uiterst cynische weerman bij een lokale televisiezender, die ieder jaar verslag moet doen van de ‘bosmarmottendag’ (*Groundhog Day*), een jaarlijkse traditie in Punxsutawney, Pennsylvania. Hij is dat spuugzat en wil zo snel mogelijk weg. Hoe groot is zijn verbazing als hij een dag later ontwaakt in een plaatselijk hotel en merkt dat het opnieuw ‘bosmarmottendag’ is. En de dagen daarna gebeurt hetzelfde. Hij bevindt zich in een eindeloos herhalende tijdlus van een zich repeterende dag en dat heeft deprimerende én hilarische gevolgen, voordat de film een *happy end* vindt.

Natuurlijk gaat de analogie met de eentonigheid van *Groundhog Day* niet helemaal op. Terugkijkend op 35 jaar dermatologie vind ik ons vak nog steeds boeiend en uitdagend, en dat komt voornamelijk door onze contacten met patiënten en minder door de steeds weer terugkerende riedels. Want die horen er nou eenmaal gewoon bij.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: redactie@nvdv.nl

Professioneel en medisch handelen



Belverzoek

Birgitte Visch, dermatoloog Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem

Hij was een altijd rustige, goed gehumeurde man. Vrij onopvallend, zoals de meeste mensen die het leven nemen zoals het zich voordoet. En daar vrede mee hebben. Zeg maar de grote categorie mensen waar onze maatschappij op draait. Een royale zestiger, stapvoets op weg naar de 70. Ik diagnosticeerde destijds zijn eerste twee melanomen. Tijdens immunotherapie ontwikkelde hij een nieuw melanoom, maar het bleef jaren goed gaan. Hij was altijd blij met de uitslagen die hij in het academisch ziekenhuis kreeg, soms was de scan 'goed' en soms 'beter dan de vorige keer want de metastasen waren kleiner.' Hij bleef trouw en tevreden op controle komen, zonder dat we ooit tot dieper contact kwamen en bijvoorbeeld uitgebreid spraken over kinderen en andere privédingen. Geen van ons voelde de noodzaak daartoe, denk ik.

Op een gegeven moment ontving ik een belverzoek van zijn vrouw.

Dus de volgende dag belde ik tussen de middag, ontspannen professioneel, en kreeg zijn vrouw aan de lijn.

-“Het komt net goed uit”, zei ze, “want we zitten te wachten op de huisarts; mijn man heeft namelijk besloten voor euthanasie te kiezen.”

Ietwat beduusd prevelde ik iets als:

-“Het lijkt mij nou niet het meest geschikte moment.”

Ze weersprak dat met kracht:

“Het is juist wél het goede moment want hij wil u per se nog spreken om u te bedanken. Hebt u een momentje, dan geef ik hem even...”

Het werd een van de moeilijkste telefoontjes uit mijn loopbaan.

CORRESPONDENTIEADRES

bvisch@rijnstate.nl



Geen tweede tragedie

Bibi van Montfrans, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

-“Graag wil ik weer prednison.”

Ik wend mijn blik af van het computerscherm. Ik waan me in een schouwburg, waar door een technisch mankement de lichten uitvallen. De toneelspelers bevriezen. Het e-mailbericht komt van mevrouw V. Ze behoort tot de enkele patiënten die mijn persoonlijke e-mailadres hebben. Ze is in de vijftig, mager van postuur en heeft rood hennakleurig haar. Ze is bang dat ze weer pyoderma gangrenosum heeft, en terecht. Op haar rechterknie is recent een plaveiselcelcarcinoom weggesneden. Ze heeft een flinke jaap die vanzelf moet genezen.

Zeven jaar geleden kwam ze bij mij nadat een biopt van de huid op haar bil niet genas. Met haar voorgeschiedenis van de ziekte Crohn en lokaal bestraalde huid vanwege een tumor op haar bil waren de voortekenen niet gunstig.

Ik zie haar MRI nog voor mij. Haar halve bil met spieren en

subcutis verwoest door een inflammatoir vuur. We namen haar op voor behandeling van de pijn. Van de hoge dosis prednison sliep ze niet meer en vertoonde ze agressief gedrag. Na ontslag kwam ze weer voor controle op mijn spreekuur. Haar gezicht had de vaalbleke kleur van havermelk. Haar wangen bolden op van de prednison. Met haar groene ogen van ongepolijste jade keek ze met scherp aan.

-“Ik ben bezig met euthanasie”, zei ze.

Haar vriend die ineengedoken in een hoekje van de kamer zat, knikte instemmend.

-“Ik heb zoveel pijn. En als ik het ziekenhuis binnenkom vanuit de garage, moet ik elk orgaan op een aparte lopende band leggen. Aan het einde van de dag probeer ik ze weer te verzamelen. De samenhang ontbreekt.”

Ik was stil. Het beeld dat zij had geschetst, zag ik levendig voor mij. Ze legde haar darmen, haar bloedvaten, haar huid

neer op een ratelende lopende band. Als skelet bleef zij achter, wachtend in de tochtige garage. Bij de orthopeed kwam zij immers niet.

We regelden een tweede opname en startten een intraveneuze behandeling met andere afweerremmende medicatie. Deze sloeg wel aan. Weken van wondbehandeling volgde.

Weer zat ze voor me, dit keer alleen. Nadat we de medische punten hadden besproken, vroeg ik haar of ze alweer een beetje kon denken aan haar hobby toneelspelen. Zelf denk ik aan een training uit mijn tijd als student geneeskunde. Dat we oefenden met een 'trainingspatiënt' die boos, verdrietig of gewoon zichzelf speelde. Een tijd later opper ik of dit wat voor haar is. Haar observaties zijn scherp, haar feedback voor ons artsen van waarde.

Onlangs, inmiddels een paar jaar later, kom ik haar tegen op de 14e etage van het ziekenhuis. Hier zetelt de raad van bestuur. Op de vraag hoe het gaat, vertelt ze dat ze inmiddels trainingspatiënt is, in de cliëntenraad zit van ons ziekenhuis en weer toneellessen volgt. Dit keer geven haar groene ogen vrolijke vonkjes af.

Mijn licht gaat weer aan. Ik ga terug naar mijn inbox en mail haar.

“Ik zorg voor de afspraak deze week op het wonderspreekuur.” Dit keer geneest de wond gelukkig - zonder prednison - en we wenden een tweede tragedie af.

CORRESPONDENTIEADRES

c.vanmontfrans@erasmusmc.nl



Begeleiding als voorrecht

Manon Zweers, dermatoloog Bernhoven, Uden

Arts-assistent was ik nog, toen ik hem uit de wachtkamer riep voor zijn eerste afspraak op onze polikliniek. Een jongeman van in de twintig, weggedoken in een zwarte hoodie met zwarte pet en starend naar de vloer; het was duidelijk dat hij zo onopvallend mogelijk wilde zijn. Schuifelend liep hij richting spreekkamer, opdat hij de Albert Heijn tas om zijn linkerbeen en de zwarte vuilniszak om zijn rechterbeen niet zou verliezen. Hij slaagde hier niet helemaal in, waardoor er vochtige strepen op de vloer achterbleven. Gegeneerd nam hij plaats in de stoel tegenover mij, oogcontact vermijdend. Natuurlijk had ik in de verwijzing gelezen waarvoor hij kwam, maar in de korte ogenblikken van wachtruimte naar spreekkamer werd zijn probleem direct duidelijk. Het lymfoedeem van zijn benen had in de afgelopen jaren een ernstige vorm aangenomen. Zijn dagen bracht hij door met gamen in de woonkamer van zijn moeder, want studeren of werken lukte hem door zijn lymfoedeem niet. 's Nachts sliep hij op de bank waar hij overdag nauwelijks vanaf kwam. Eten was een van zijn weinige afleidingen, wat zijn ernstige overgewicht verklaarde. Sociale contacten had hij amper nog, want hij schaamde zich voor zijn vocht lekkende en stinkende benen. Voor zijn bezoek aan het ziekenhuis had hij over een hoge drempel ontmoeten. Dat er geen eenvoudige oplossing was voor zijn probleem en dat het een lang behandeltraject zou worden, begreep hij wel. In de maanden daarna kwam hij een paar keer per week op de dagbehandeling waar hij werd gezwachteld en met lymfapress behandeld. Soms kwam hij zomaar niet opdagen, omdat het hem allemaal even te zwaar werd. Desondanks hielpen de verpleegkundigen hem steeds liefdevol en geduldig. Gedurende

de vele uren die hij op de dagbehandeling doorbracht, kon hij altijd rekenen op een luisterend oor. Ook had hij motiveerende gesprekken met de afdelingspsycholoog. Langzaam maar zeker zag ik dat hij opknapte. Echter, zoals dat gaat als arts-assistent, kwam er na een aantal maanden een einde aan mijn stage op de dagbehandeling en verloor ik hem uit het oog. Het zal ongeveer een jaar later zijn geweest dat ik hem weer zag op mijn spreekuur. Rechtop met stevige tred en open blik kwam hij me tegemoet vanuit de wachtkamer. Ik moest twee keer kijken of ik wel de juiste persoon tegenover me had, maar hij was het toch echt. Niet langer in een joggingbroek (de enige broek die hem destijds paste) en camouflerende hoodie, maar in overhemd en spijkerbroek en zeker dertig kilo lichter. Hij droeg trouw zijn elastische kousen, waarmee het lymfoedeem goed onder controle was. Niet alleen fysiek was hij veranderd, maar ook mentaal. Hij studeerde, had een bijbaan gevonden en woonde zelfstandig. Ook had hij een nieuwe hobby gevonden waar hij nieuwe mensen had ontmoet. Kortom, er zat een ander iemand tegenover me! Gelukkig zie ik vaak patiënten waarvan ik een glimlach om mijn mond krijg of waarvan ik vrolijk van word, maar hiervan heb ik heel lang goede zin gehad! Ik blijf het bijzonder vinden dat je als zorgverlener mensen kan raken en ze een stukje op de goede weg mag begeleiden.

CORRESPONDENTIEADRES

m.zweers@bernhoven.nl



Spreekkamerfilosofie

Bert Oosting, dermatoloog Spaarneziekenhuis, Hoofddorp

Als dermatoloog begon ik in Lelystad in juni 2004 met de eerste biologicals raptiva en enbrel voor mensen met psoriasis vulgaris. De patiënt die me is bijgebleven is iemand die ik ontmoette in het vervolgziekenhuis, in het Spaarneziekenhuis in Hoofddorp. Een huisschilder die bewust koos voor een leven zonder partner vanwege zijn ernstige psoriasis vulgaris. Voor de volledigheid: zijn physician global assessment met betrekking tot de psoriasis was matig-ernstig. Dit speelde in het jaar 2008. Eerst gebruikte hij, netjes volgens de regels van de verzekeraar, methotrexaat gedurende zes maanden in combinatie met hormoonzalven. Daarna kwam hij in aanmerking voor de op dat moment nieuwe biologicals, in zijn geval adalimumab. Na zes maanden was hij nagenoeg vrij en vertelde hij emotioneel over een nieuwe vriendin en dat hij zichzelf inmiddels weer aan anderen durfde te tonen. Opgewekt liet hij weten dat hij het weer zag zitten om na veertig jaar zijn leven te gaan delen met iemand anders.

Vier jaar later echter ontwikkelde hij een melanoom op zijn rechter bovenarm dat ik volgens de richtlijnen behandelde en wegsneed. Weer twee jaar later was er sprake van een uitgezaaid melanoom. Tot dat moment was, op zijn verzoek en na academisch overleg, de adalimumab gecontinueerd tot het moment dat er sprake was van een metastase melanoom. Dit alles speelde rond 2018-2019. Na bespreking in het MDO onco-

logie kreeg hij als eerste een doorverwijzing naar het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis voor behandeling met een biological voor metastase melanoom. Dat was ipilimumab. Ik vreesde hem mogelijk niet meer terug te zien.

Die vrees bleek ongegrond, want zes maanden verscheen hij weer op mijn spreekuur voor een uitgebreide psoriasis vulgaris met de vraag of de adalimumab herstart kon worden. De reden voor die hulpvraag vervatte hij in de gevleugelde woorden: "Ik ga liever schoon mijn graf in, dan met psoriasis zonder vriendin mijn leven in." Eens te meer bleek dat een spreekkamer de kraamkamer is voor levenswijsheden. De relatie tussen een dermatoloog en een chronische patiënt is nu eenmaal langjarig. Je groeit als het ware samen op. Hoe het verder ging? De adalimumab werd inderdaad herstart en ik zie deze man nog steeds om de zes maanden voor zijn 'melanoom' en psoriasis controle terug. Het gaat goed. Hij trof het enorm dat hij, anders dan voorgaande generaties, toevallig de introductie van de nieuwe middelen bij twee verschillende aandoeningen meemaakte.

CORRESPONDENTIEADRES

aoosting@spaarnegasthuis.nl



Achter de feiten aanlopen

Jill de Wit, aios Erasmus MC, Rotterdam en DirkJan Hijnen, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen; destijds dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

Na een doorverwijzing voor een second opinion zien we in maart 2020 een 77-jarige patiënt, met een sinds enkele weken bestaand uitgebreid ulcus van 20x10 cm pretibiaal links. Een infectieuze en veneuze oorzaak zijn dan inmiddels uitgesloten. Histopathologisch onderzoek, verricht onder de werkdia- gnose pyoderma gangrenosum, toont een CD30+ anaplastisch T-cel lymfoom (ALCL). Via aanvullende diagnostiek willen we beoordelen of het een primair cutaan lymfoom betreft dan wel een systemisch lymfoom met cutane betrokkenheid. De PET-CT scan en beenmergpunctie zijn negatief, wat de diagnose primair cutaan CD30+ anaplastisch T-cel lymfoom definitief maakt. Vanwege de uitgebreidheid van het ulcus ziet de chirurg in het verwijzend centrum geen andere mogelijkheid dan een therapeutische onderbeenamputatie. Patiënt wenst eerst overleg met ons alvorens hiervoor te kiezen. In overleg met de afdeling Hematologie luidt het advies, gezien de gelokaliseer-



Uitgebreide ulcera onderbeen links van primair cutaan CD30+ anaplastisch T cel lymfoom. Juni 2020.

de ziekte, af te zien van een amputatie en te behandelen met radiotherapie. Ondertussen neemt het ulcus zienderogen toe in omvang. Bij de intake voor radiotherapie in april 2020 blijkt deze optie niet (meer) mogelijk vanwege de te grote toxiciteit. We adviseren te starten met methotrexaat, maar ook onder deze behandeling is er progressie en ontstaan er nieuwe huidafwijkingen. De ziekte haalt ons in. De PET-CT scan bevestigt de zichtbare nieuwe lymfoomlokalisaties, helaas inclusief FDG-positieve lymfeklieren popliteaal, inguinaal en para-iliacaal links. Ondanks eerder falende therapieën en klinische achteruitgang van de patiënt, blijft hij optimisme uitstralen en houdt hij vertrouwen in ons medisch handelen. Vervolgens start systemische chemotherapie. Na drie kuren zonder zichtbare respons, switchen we naar tweedelijns behandeling. Het lymfoom reageert hierop goed en het ulcus toont een genezigstendens. Helaas ontwikkelt patiënt in toenemende mate toxiciteit en moeten we in november 2020 de behandeling staken. Enkele dagen later presenteert patiënt zich met een hypoxemie. Een CT thorax toont multiple intrapulmonale massa's verdacht voor metastasen. Gezien deze bevindingen en eerder zwaar gevallen behandeling kiest patiënt voor eutha-

nasie. Tijdens zijn laatste opname in het ziekenhuis, we zitten inmiddels midden in de COVID-19 pandemie, bezoeken we de patiënt voor de laatste keer om afscheid te nemen. We bespreken met hem het ziektebeloop en behandeloverwegingen van de afgelopen maanden nog eenmaal na. Waar bij ons onvrede over het teleurstellende beloop en uitkomst overheerst, geeft patiënt aan dankbaar te zijn voor de zorg in de afgelopen maanden en berusting te vinden in zijn situatie. Het intensieve behandeltraject met frequente wondcontroles, maar zeker ook de prettige arts-patiënt relatie die in de afgelopen maanden is ontstaan, zorgen ervoor dat het afscheid (ondanks alle COVID-19 beschermende maatregelen) van beide kanten gepaard gaat met een zekere mate van emotie. In december 2020 overlijdt patiënt in zijn thuisomgeving. De vraag of destijds een onderbeen amputatie tot een andere uitkomst zou hebben geleid, zullen we nooit beantwoord krijgen.

CORRESPONDENTIEADRES

j.dewit.1@erasmusmc.nl



De verkeerde kant op gewezen

Eva Huis in 't Veld, dermatoloog en Marta Reyman, aios Erasmus MC, Rotterdam

Tijdens ons gecombineerde spreekuur dermatologie - plastische chirurgie werden wij letterlijk en figuurlijk de verkeerde kant op gewezen.

Na doorverwijzing vanuit de urologie zagen we een 70-jarige man in verband met een verdenking op een plaveiselcelcarcinoom aan de wijsvinger rechts. In twee weken tijd was er vanuit een kleine wond een tumor ontstaan waarbij de gehele vinger rood en pijnlijk was. De huisarts nam hiervan een biopsie af. Het biopsie van de wijsvinger was verdacht voor een plaveiselcelcarcinoom, mogelijk een metastase van elders. De huisarts overlegde met de uroloog, omdat patiënt daar onder behandeling is. Zijn urologische voorgeschiedenis bestaat uit een plaveiselcelcarcinoom van de penis waarvoor hij een partiële penisamputatie heeft ondergaan en een jaar later een lokaal recidief in de penisstomp met een kliermetastase links femoraal behandeld met lokale resectie en radiotherapie. De uroloog vroeg aanvullende diagnostiek aan via PET-CT en histopathologisch moleculair onderzoek om te analyseren of er nu sprake was van een metastase van het peniscarcinoom of een tweede primaire tumor. De PET-CT toonde geen lokaal recidief van het peniscarcinoom of metastasen inguinaal of iliacaal; de armen waren per abuis niet mee gescand. Het MDO urologische tumoren stelde vast dat als het om een metastase zou gaan er geen reguliere behandelopties zouden resteren.

Ondertussen zagen wij patiënt op ons gecombineerde spreekuur met de plastische chirurg. Patiënt had al te horen gekregen dat waarschijnlijk een amputatie van zijn vinger nodig zou zijn wanneer het om een primair cutaan plaveiselcelcarcinoom zou gaan. Hij was hieronder erg nuchter en zei dat hij mee zou gaan in het medisch advies volgend op het aanvullend onderzoek.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij ter plaatse van zijn rechter wijsvinger (digitus 2) nagenoeg circulaire, confluerende, hemorrhagische crustae op een deels erythemateuze ondergrond; alleen de mediale zijde van de vinger was niet aangedaan. De lymfeklieren axillair waren niet palpabel vergroot (figuur 1).

Het beeld was niet klassiek voor een plaveiselcelcarcinoom. Tijdens het consult gaf patiënt aan ook in een ander ziekenhuis onder controle te zijn in verband met afwijkingen op de hand, die er echter altijd heel anders uitzagen. Na inzage in het dossier van de perifere dermatoloog bleek dat patiënt een jaar eerder was gediagnosticeerd met een neutrofiele dermatose van de dorsale handen.

Met in onze differentiaal diagnostische overwegingen een plaveiselcelcarcinoom en een neutrofiele dermatose van de dorsale handen vroegen wij een revisie aan van de eerdere histologie en namen wij mapping biopsies af.



Figuur 1. Digitus 2 rechter hand tijdens het gecombineerde dermatologie – plastische chirurgie spreekuur: confluerende hemorragische crustae.



Figuur 2. Twee weken na start clobetasol zalf werd er nog erytheem gezien met enkele squamae en een mild atrofische huid.

De revisie liet voornamelijk purulent materiaal zien met hierbij een fragment atypisch plaveiselepitheel, waarbij differentiaal diagnostisch werd gedacht aan plaveiscelcarcinoom dan wel sterk reactief veranderd plaveiselepitheel bij bijvoorbeeld een ulcus. De mapping bipten lieten geen maligniteit zien. Na clinicopathologische correlatie is de diagnose neutrofiele

dermatose van de dorsale handen gesteld. De huidafwijkingen reageerden snel op topische clobetasol zalf, na één week was de vinger volgens patiënt vrijwel 'korstloos' (figuur 2). Neutrofiele dermatose van de dorsale handen is een zeldzame, gelokaliseerde variant van het Sweet syndroom, gekenmerkt door gevoelige erythemateuze plaques, pustels en bullae op de dorsale zijde van de handen. Vaak is bij deze patiënten een onderliggende ziekte te vinden, meestal van hematologische aard. Dit was overigens bij onze patiënt elders uitgesloten. Histopathologisch wordt een dermaal gelegen uitgebreid neutrofiel infiltraat gezien. [1] Het is een entiteit die waarschijnlijk regelmatig wordt gemist, mogelijk omdat de hulpverleners eerst de verkeerde kant op worden gewezen en zo op het verkeerde been worden gezet.

Deze casus laat zien hoe belangrijk het is om een open blik te blijven houden, ook als er een werkdiagnose is gesteld die histologisch lijkt te zijn bevestigd. Het dermatologisch oog heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat de patiënt zijn wijsvinger wist te behouden. Een vooroordeel over dermatologen is dat ze alleen zalven voorschrijven, maar in dit geval was de zalf voor deze patiënt 'vingerreddend' en is hem hiermee een vingeramputatie bespaard gebleven.

LITERATUUR

1. Micallef D, Bonnici M, Pisani D, Boffa MJ. Neutrophilic dermatosis of the dorsal hands: A review of 123 cases. *JAAD*. 2023; 88 (6): 1338-44. doi: 10.1016/j.jaad.2019.08.070.

CORRESPONDENTIEADRES

e.a.huisintveld@gmail.com



Ondraaglijke jeuk

Anne Margreet van Drooge, dermatoloog Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn

Sommige onschuldige aandoeningen kunnen een zeer grote lijdensdruk geven. Dat kan zo ver voeren dat de vraag voor euthanasie opdoemt, zo is eerder al eens beschreven. [1] Dat gebeurde ook bij ons. Een bejaarde patiënte bracht haar euthanasieverzoek ter sprake. De reden? Jeuk, jarenlange ondraaglijke jeuk die haar leven domineerde en voor haar gevoel inhoudsloos maakte. Zij is die ene patiënte die we nooit zullen vergeten.

Een zelfstandige, alleenwonende 87-jarige dame bezoekt in oktober 2021 voor het eerst de huisarts met sinds enkele weken bestaande jeukklachten. Behandeling met triamcinalonzalf en emolliens is niet afdoende, maar mometason vetzalf geeft wel iets verbetering op de huidafwijkingen. Enkele maanden later neemt patiënte opnieuw contact op met de huisarts vanwege veel jeuk. Na een teledermatologie-consult wordt Dermovate zalf gedurende vier weken gesmeerd en dat lijkt effect te hebben maar in maart 2022 is er uitbreiding van de jeuk en huidafwijkingen waarbij nu ook de hoofdhuid is betrokken. Een biopt toont spongiotische psoriasiforme dermatitis met parakeratose, onvoldoende kenmerkend voor psoriasis. Eczeem valt te overwegen.

Verwijzing naar de dermatoloog volgt. Bij onderzoek is er sprake van onscherp begrensde erythematosquameuze plaques, scherper begrensde erythematosquameuze en hyperkeratotische ronde papels en plaques, en uitgebreide excoriaties, alles vooral op de extremiteiten. Er zijn geen aanwijzingen voor scabiës of een contactallergisch eczeem. Onder de werkdiagnose prurigo nodularis wordt gestart met de behandeling met Dermovate zalf onder occlusie, ureumzalf en koelzalf. Patiënte krijgt voorlichting over de diagnose en dat de aandoening zeer moeilijk te behandelen kan zijn, plus de mogelijke optie van lichttherapie of systemische behandeling. Patiënte wil hierover nadenken en het bespreken met familie.

GENOEG GEPROBEERD

In januari 2023 komt ze op mijn spreekuur met veel klachten. De huisarts is al gestart met slaapmedicatie, wat de nachten een beetje dragelijker maakt. We optimaliseren de lokale behandeling en bespreken nogmaals systemische behandelopties. Na screenend onderzoek start ik uiteindelijk acitretine, maar vanwege bijwerkingen en weinig resultaat switchen we al snel naar dupilumab, dat dan net geregistreerd is voor de behandeling van prurigo nodularis. Effect op de jeukklachten zou binnen enkele weken merkbaar moeten zijn. Helaas blijft het effect bij patiënte na zes weken uit. We stellen voor om ten minste drie maanden door te gaan met de behandeling, maar vanwege bijwerkingen ziet patiënte dat niet zitten. We overwegen andere opties zoals off-label gebruik van methotrexaat of verwijzing naar een academisch ziekenhuis, maar patiënte ziet af van verdere behandeling. Ze beschouwt het leven als voorbij. Persoonlijk vind ik het ongelooflijk dat deze huidaandoening de reden is voor haar wens het leven te beëindigen en zou ik graag nog iets voor haar willen betekenen, maar patiënte wijst verdere behandeling af.

We hebben hier uitgebreid telefonisch over gesproken, een bezoek aan de poli vindt patiënte niet zinvol meer, en op haar verzoek sluit ik haar dossier en verwijs ik haar terug naar de huisarts.

EUTHANASIEWENS

In 2008 heeft patiënte al een wils- en euthanasieverklaring met de huisarts besproken en ondertekend. En in augustus 2022 informeerde zij al eens of inname van al haar medicatie tot de dood kan leiden. De huisarts liet haar weten dat een euthanasiewens bespreekbaar is, hetgeen zij waardeerde. Eind juli 2023 geeft zij via een telefonisch contact met de huisarts aan 'op' te zijn van de jeuk. De behandeling slaat niet aan. Zij heeft genoeg geprobeerd. Zij slaapt met slaapmedicatie maximaal twee uur per nacht. Overdag zit zij in de stoel met coldpacks om de jeuk te onderdrukken. Zij komt de deur niet meer uit. Haar leven is inhoudsloos geworden en de jeuk is verschrikkelijk. De huisarts plant een visite en overlegt nogmaals met mij als behandelend dermatoloog over andere behandelmogelijkheden. Hij bespreekt dan ook de euthanasie-aanvraag van patiënte.

Tijdens het huisbezoek vindt de huisarts het lijden van patiënte invoelbaar en is van mening dat er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hij neemt contact op met de SCEN-arts die wat terughoudend reageert als ze hoort van het onderliggende lijden van patiënte. Zij stemt in met een beoordeling maar wil zich eerst voorbereiden door eerdere uitspraken van de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) te bestuderen en te overleggen met een collega SCEN-arts die tevens dermatoloog is. Deze bevestigt dat deze ziekte niet te genezen is, dat er hooguit verlichting van de klachten te bereiken is, en dat het toepassen van dupilumab het laatste redmiddel is.

UITZICHTLOOS

De SCEN-arts bezoekt patiënte in haar smaakvol ingerichte huis met een kleurrijke tuin.

De afgelopen twee jaar is de extreme jeuk het leven van patiënte volledig gaan beheersen. Zij komt inmiddels de deur niet meer uit, slaapt nauwelijks, en heeft daardoor overdag geen energie om te koken, te lezen of zich aan te kleden. Eetlust heeft zij nog wel. Slapen gaat zeer slecht, ondanks een inslaper en een doorslaper, door de extreme jeuk die erger wordt in de nacht.

Ook heeft zij zenuwpijn aan haar onderbenen. Patiënte ziet af van verdere (off label) behandeling omdat zij het niet meer

kan opbrengen om weer een behandeling te ondergaan die veel bijwerkingen brengt, met onzeker resultaat: -"Ik wil eigenlijk niets meer proberen, want ik heb alles geprobeerd, en het viel elke keer tegen. Mag ik ook overgaan?"

Op de vraag wat het voor haar ondraaglijk maakt, geeft patiënte aan dat ze gek wordt van de jeuk. Een jeukaanval leidt tot krabben waardoor het steeds erger wordt. Als ze nog kon fietsen, dan fietste ze het kanaal in. De aandoening beheerst volledig haar leven en ze wordt er "down" van. Ze is nooit eenzaam geweest en genoot van alles, maar dat is helemaal weg. Zij beschrijft zichzelf als een positieve, flinke vrouw die altijd in de weer was voor anderen. Maar dat is nu op. Ze is zichzelf niet meer.

Haar dochters beschrijven haar stemming als bij vlagen somber, maar dat lijkt secundair aan het gebrek aan slaap en het feit dat de jeuk haar leven volledig beheerst, en geen enkele therapie verbetering heeft gebracht. Zij komt zeer nuchter en reëel over en niet depressief.

Ook de SCEN-arts is van mening dat er sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek en dat er sprake is van een uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De huisarts bespreekt met patiënte de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding en euthanasie waarbij patiënte voor het laatste kiest. De euthanasie wordt kort hierna conform de KNMG-richtlijn uitgevoerd en verloopt ongecompliceerd. [2]

De regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE) is na beoordeling van de stukken tot het oordeel gekomen dat er is gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.

Uiteindelijk ben je als behandelaar altijd benieuwd hoe men de hele gang van zaken heeft ervaren. Dat geldt temeer voor een traject dat *in extremis* uitmondt in euthanasie. Menselijkheid vereist nu eenmaal zorgvuldigheid. Via de huisarts vroeg ik om en ontving ik een terugblik van de dochters van de patiënte:

"Hoewel wij op de hoogte waren van de euthanasiewens van onze moeder en de afspraken die zij daarover had gemaakt en vastgelegd, heeft de snelheid van het uiteindelijke euthanasietraject ons overvallen. De snelheid van het traject was voor onze moeder zelf wel zeer helpend en gegeven de omstandigheden zelfs 'prettig'. Voor haar was het lijden al maanden ondraaglijk en zij zag geen enkel perspectief meer op verbetering. De manier waarop het proces is verlopen

kunnen wij alleen maar als respectvol en zorgvuldig beschrijven. In korte tijd is haar (en ons) de procedure uitgelegd en zijn de benodigde afspraken gemaakt. Wij kunnen ons erin vinden dat er op deze wijze een eind kon komen aan het lijden van onze moeder. Ondanks dat er geen sprake was van een terminale ziekte was het lijden voor haar niet langer te dragen en achtte ze haar situatie uitzichtloos. Wij waren als dochters niet op hoogte van de mogelijkheid van euthanasie in een dergelijke situatie. Achteraf zijn we erg te spreken over de manier waarop er zeer serieus naar haar situatie is gekeken en over de keuzes die daarin zijn gemaakt door de diverse betrokkenen."

AANGEWAKKERDE SENSOREN

Iedere dermatoloog weet dat zelfs alledaagse, onschuldig lijkende aandoeningen groot lijden kunnen geven. Dat het in dit geval tot euthanasie leidde, was behoorlijk confronterend. Het raakt je. Ik heb haar slechts een paar keer gezien in de laatste twee jaar van haar leven, en zag die euthanasiewens niet aankomen. Gelukkig had ze een betrokken huisarts en naar ik begreep een fijn en voltooid leven.

Ik denk vol respect terug aan die nuchtere dame. Een trotse mevrouw ook en beslist geen zeurderig type. Iemand die zich nooit op de voorgrond wilde dringen, haar dochters en anderen niet tot last wilde zijn. Natuurlijk, dolgraag had ik haar willen helpen door het verlichten van de jeuk, maar als het niet lukt, dan lukt het niet. En dan kan je alleen maar respect hebben voor haar beslissing.

Een beslissing die wel maakt dat elke volgende patiënt met een vergelijkbaar lijden, niet zomaar uit mijn spreekkamer verdwijnt.

Dit artikel is een persoonlijke bewerking van: Bruens ML, van Drooge AM, Ronday JM. Jeuk lijkt onschuldig, maar kan ondraaglijk zijn. Medisch Contact. 8 augustus 2024. Mijn dank gaat uit naar Marco Bruens, huisarts, en May Ronday, anesthesioloog niet-praktiserend/SCEN-arts.

LITERATUUR

1. van Wijlick EHJ, van der Meer S. Ondragelijk lijden door een huidziekte. Medisch Contact 14 april 2010.
2. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding 2021. KNMP en KNMG, september 2021.

CORRESPONDENTIEADRES

a.m.van.drooge@gelre.nl

Persoonlijke ontwikkeling



Het putje

Peter Velthuis, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

Ze trekken in een grote stoet aan mij voorbij, de jonge meiden, of vrouwen, met streepvormige littekens op hun linker- of rechterarm, soms beide armen, soms ook benen of andere plaatsen, zoals buik, flanken, voeten. Een aantal gedraagt zich heel normaal. Ze hebben hun problemen overwonnen en kunnen verder met hun leven. Op mijn verzoek om hun littekens te tonen steken ze hun arm voorwaarts, en wijzen de gebieden aan die het meest storen. Anderen zitten nog midden in hun ongemak, ze houden hun hoofd afgewend als ik de littekens inspecteer, maar ze kijken mij wel aan als ik tegen hen spreek. Een kleine groep houdt het hoofd voorover en kijkt naar beneden. Meestal is er een ouder bij. Die zegt niet veel, kijkt machteloos, soms wanhopig.

Mijn boodschap aan deze patiënten is kort: we kunnen er niet veel aan doen. Met laser zijn de grenzen van het litteken te vervagen en het uitstulpen enigszins te verminderen. Maar de witte kleur is niet te verbeteren, het ontbreken van de normale huidstructuur in het litteken evenmin en zeker datgene wat het meest opvalt, de rij van parallelle strepen, zal blijven bestaan.

In januari 2020 komt Melissa binnen, een schriel wit, blond meisje van veertien. Ze heeft een sonde in haar neus die vastgeplakt zit aan haar linkerwang en die langs de zijkant van haar hals verdwijnt onder haar jas. Haar vader is erbij. Het verhaal is bij binnenkomst al duidelijk: automutilatie en anorexia. Ik stel haar enkele vragen maar kan haar antwoorden nauwelijks horen. Ze praat heel zachtjes.

–“Kun je die capuchon even omlaag doen?”, vraag ik. Dat doet ze onmiddellijk.

–“Wat vind je het ergste aan de littekens? Doen ze pijn? Geven ze jeuk? Of is het alleen het uiterlijk, het cosmetische?”

–“Ik heb er geen last van”, zegt ze

–“Ook niet dat je het lelijk vindt?”

–“Nee.”

–“Dan ben ik verbaasd dat je gekomen bent.”

–“Mijn ouders vinden het nodig.”

–“Dat vind ik inderdaad,” breekt de vader in. “Want als zij zich normaal moet gaan mengen onder andere kinderen heeft zij een stigma. Dat zal niet goed gaan. We zijn nu juist goede stappen aan het zetten in het proces van ziek naar beter worden. Ze moet een frisse start maken. Daar hoort dit bij.”

Dan geef ik mijn gebruikelijke uiteenzetting over de mogelijkheden en onmogelijkheden die de geneeskunde heeft op dit gebied.

–“Mag ik mijn hoodie weer op?”, vraagt Melissa tussendoor.

–“Ja dat mag. Ik zie overigens dat je veel acne littekens hebt.

Dat kan wel veel beter worden, moeten we daar niet wat aan doen?”

De dikke laag make-up op haar wangen verraad haar zorg daarover.

–“Ik ben bang voor het putje”, zegt Melissa.

–“Dat begrijp ik niet”, reageer ik.

–“Ik ben bang voor het putje,” zegt ze nogmaals.

Vragend kijk ik haar vader aan. Die haalt zijn schouders op.

“Bedoel je een putje op je wang?”

Ze schudt haar hoofd en zegt nogmaals:

–“Ik ben bang voor het putje.”

De eerste behandelingen met laser zijn bedoeld om de roodheid veroorzaakt door de uitgezette bloedvaatjes in de acne littekens op te ruimen. Melissa verdraagt de pijn tijdens de behandeling goed. Ze moet haar make-up verwijderen, dat kost tijd. Maar nog meer tijd kost het om de make-up weer aan te brengen. Er gaat een grote klets op beide wangen over de littekens - ze kijkt er inderdaad niet naar - en dan, stukje bij beetje, minutieus langs de ogen en rond de mond. Ze laat zich niet haasten. Eindelijk is zij klaar. Ik zeg haar dit volgende keer op het toilet om de hoek te doen, maar dat kan niet. Ze kan niet over de gang zonder make-up.

Twee maanden later is er een tweede behandeling opnieuw met de vaatlaser. Ik heb een kamer met apart kleedhokje met spiegel en een deur naar de gang geregeld. Als we klaar zijn, zegt ze:

–“Gaat het al beter? Ik wil er zelf niet naar kijken,” en dan weer: “Ik ben bang voor het putje.”

Melissa komt nog een aantal keren en uiteindelijk is de roodheid verdwenen. Maar dan, zoals bij vrijwel alle littekenpatiënten gebeurt, begint ze nu over de oneffenheid.

–“Dat vind ik ook niet mooi.”

–“Maar je ziet het toch niet? Want je wilt nooit naar je gezicht kijken,” werp ik tegen.

–“Ik voel het wel.”

...

Ik meld haar de mogelijkheid van fractional Pico-laser. Ze wil daar graag mee behandeld worden. Na drie behandelingen zegt ze:

–“Ik wil iets dat sneller gaat. Bij voorbeeld een CO₂-laser. Daar heb ik over gelezen.”

Als ik haar uitleg dat ze bij deze laser vanwege de kleine wondjes op de dag van de behandeling zelf geen make-up op mag doen, volgt een stellig: “NEE, DAT WIL IK NIET.”

De aios komt met het idee om een peeling te doen. Daar kun je

direct na afloop wel make-up overheen doen, maar vervolgens moet je een week thuis blijven vanwege de zwelling en het vervellen.

–“Dat is geen probleem.”

–“En... het doet behoorlijk pijn.”

–“Dat is geen probleem.”

Ik twijfel. CO2 laser is echt beter omdat de behandelaar meer controle heeft dan bij peeling. Ik heb altijd geweigerd behandelingsprincipes los te laten vanwege niet goed beredeneerde argumenten van patiënten of collega's. Maar is dit nu ook het geval? Deze irrationele angst is een integraal onderdeel van haar persoon. Het is voor haar wel logisch en duidelijk. Dan is er nog de vraag of dit jonge meisje een peeling wel aankan. Maar ik realiseer mij dat pijn is bij haar geen issue, gegeven haar armen, gegeven de eerdere laserbehandelingen. Een peeling kan wel degelijk helpen. Met lood in de schoenen ga ik overstag.

De dag dat zij komt, is ze - voor zover dat kan - uitgelaten. Ze stelt zelfs uit zichzelf de vraag of ze op de behandelbank moet gaan liggen. En warempel alles verloopt voorbeeldig. Ze heeft thuis ter voorbereiding goed met retinoïne crème gesmeerd. Daardoor geeft de 35% TCA vloeistof snel een hele mooie egale

frosting. Ondanks de intense pijn geeft ze geen kik, ze vindt deze behandeling zelfs aangenaam, zegt ze na afloop. Ze doet weer haar make-up op en voordat ze de deur uitloopt, zegt ze:

–“Het putje is weg. Ik kan het niet meer vinden.”

–“Kon je het zien of voelen dan?”

–“Nee, dat niet.”

Is dat goed nieuws? vraag ik mezelf af.

Twee maanden later bel ik op. Ik krijg haar moeder aan de telefoon. Melissa is goed hersteld en de littekens zijn duidelijk minder diep.

–“Hoe zit het nu met het putje?”, vraag ik.

–“Ze heeft een nieuw putje gevonden,” zegt haar moeder, “maar wel minder diep.”

–“Wat is het nu eigenlijk, dat putje?”

–“Ik heb geen idee. Misschien komt het van in de put zitten.

Dat is nu minder.”

CORRESPONDENTIEADRES

p.velthuis@erasmusmc.nl



Een gat gespoten

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

Waar voor de vóór-vorige generatie dermatologen wratten 'de krenten in de pap' waren, gold dat in mijn tijd voor de spataderen; mijn accountant was er dol op. Maar dan moest je de techniek wel goed beheersen, want als je verkeerd spoot, dan kon je een fikse necrose krijgen, vooral wanneer je Trombovar gebruikte. En tja, die techniek, daarmee zat het, zeker in mijn beginjaren, niet zo heel goed bij mij. Niemand in de opleidingskliniek kon scleroseren en daarom werd ik vanuit Groningen een paar keer naar de Heilanstalt für Beinleiden in Hamburg gestuurd om het métier te leren en de techniek onder de knie te krijgen. Ik ben er geloof ik drie keer geweest en het was duidelijk dat de Duitse collegae niet op me zaten te wachten. Slechts driemaal heb ik een spuit mogen zetten en toen was mijn opleiding in de sclerotherapie voltooid. De hoogleraar vond het wel voldoende zo en vanaf 1 februari 1980 mocht ik geheel zelfstandig in 's-Hertogenbosch spataderen gaan scleroseren. Ik heb het altijd een beetje spannend gevonden, dat spuiten, en was ook altijd wat bangig dat het een keer mis zou gaan. En ja hoor, je kon er op wachten, het ging een keer mis, overigens pas 10 jaar later. Dikke necrose op het

bovenbeen, de plastisch chirurg deed er een lap op en vertelde de patiënte dat het mijn schuld was en dat ik het helemaal fout had gedaan. Hier kwam ik overigens pas achter toen ik een brief kreeg waarin werd aangekondigd dat er een klacht tegen me was ingediend. De vlammen sloegen me uit. Ik heb toen de literatuur grondig doorgespit om te kijken of ik iets kon vinden wat me zou vrijpleiten en dat lukte. Ik werd 'vrijgesproken' nadat ik literatuur had aangeleverd, waarin een erkend expert op het gebied van sclerotherapie, dr. M.P. Goldman, schreef dat 'even with excellent technique, necrosis occasionally occurs'. Bovendien gaf ik alle patiënten bij het eerste consult een zelfgemaakte folder mee, waarin de mogelijke bijwerkingen, waaronder necrose, werden beschreven (en vermeldde deze dotatie uiteraard ook in de status).

CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl



Je voeten geven je mobiliteit, je handen je leven kwaliteit

Annemie Galimont, dermatoloog, Bravis Ziekenhuis, Roosendaal

Ze zei het alsof het gewoon een feit was, iets dat er nu eenmaal bij hoorde:

–“Ik kan mijn billen niet meer afvegen.”

Geen emotie, geen boosheid, geen zelfmedelijden. Maar haar blik gleed weg, haar schouders iets opgetrokken. Je voelde aan alles: dit raakt haar dieper dan ze laat merken.

Haar voeten waren ernstig beschadigd door de chemotherapie. De zolen rauw, de huid op meerdere plekken loslatend, pijnlijke blaren die niet meer heelden. Haar teennagels waren verdwenen, net als die van haar vingers. Schoenen dragen was onmogelijk, lopen werd een beproeving. Ook haar handen deden niet meer wat ze moesten doen. Geen knoopje dicht, geen tube open, geen handdoek stevig vasthouden. Zelfs naar het toilet gaan lukte niet meer zelfstandig.

En toch stond er in haar dossier: Behandeling verloopt goed. Voor mij was dat een keerpunt. Want medisch gezien ging het goed, maar zij verloor intussen haar dagelijkse zelfstandigheid – stilletjes, zonder dat iemand het leek op te merken. Niemand had haar gewaarschuwd. Niemand had haar voorbereid. En dat terwijl we inmiddels wéten dat deze klachten voorkomen kunnen worden, of op z'n minst verzacht.

Vanaf dat moment ben ik met andere ogen naar zorg gaan kijken. Niet alleen naar kankerzorg, maar naar hoe we mensen

begeleiden tijdens hun behandeling. We focussen vaak op het grote geheel – op overleving, op tumormarkers, op protocollen – maar verliezen daarmee de kleine dingen uit het oog die iemands leven dragelijk houden. Kun je lopen? Jezelf aankleden? Naar het toilet gaan zonder hulp? Dat zijn geen bijzaken. Dat zijn voorwaarden voor waardigheid.

Samen met betrokken collega's ontwikkelden we een landelijke zorgmodule voor preventieve hand- en voetzorg. Met screeningsmomenten, duidelijke verwijslijnen en een heldere rolverdeling tussen zorgverleners. Daarnaast bouwden we een publieksgerichte website, zodat ook patiënten, naasten en huisartsen signalen tijdig leren herkennen.

Wat begon bij die ene vrouw groeide uit tot een bredere beweging. Haar verhaal neem ik sindsdien overal mee naartoe. In lessen, in richtlijnen, in scholingen. Omdat ze me liet zien dat goede zorg niet begint bij overleven, maar bij het behouden van wat mensen nodig hebben om zichzelf te kunnen blijven.

CORRESPONDENTIEADRES

annemiegallimont@outlook.com



Hoe ouder, hoe kwieker

Jade Logger, aios Maastricht UMC+, Maastricht

Op een ochtend stond op mijn snijprogramma een excisie van een PCC ter plaatse van het onderbeen bij een 95-jarige patiënte gepland. Ik had me mentaal stiekem al een beetje voorbereid op een rollator, oedeembenen, zwachtels afrollen en een team-effort om de patiënt met tijd, geduld en beleid op de OK-tafel te positioneren. Enigszins verrast was ik toen er een superkwieke dame zonder hulpmiddelen de OK-ruimte in kwam huppelen en met één soepele beweging op de onderzoeksbank sprong. Terwijl ik de verdoving plaatste, kletste ze honderduit over haar kinderen en kleinkinderen. Toen ik het mes van de assistente aanpakte en wilde beginnen met de incisie, ging ze ineens recht overeind zitten. Enigszins bezorgd vroeg ik of het goed met haar ging en of de rugleuning wellicht wat hoger moest, misschien werd ze kortademig?

–“Nee nee”, zei ze opgewekt, “Ik wil gewoon heel graag rechtop

zitten, dan kan ik precies zien wat je doet!”

En zo geschiedde. Tijdens het snijden lichtte ik bij elke stap toe wat ik deed; ze vond het allemaal prachtig. Tijdens het coaguleren vroeg ze wat voor apparaat dat was?

–“Dit is om bloedvaatjes dicht te branden”, legde ik uit.

–“Oh wat handig, kan ik er zo eentje mee naar huis nemen straks? Dan kan ik het zelf doen mocht het gaan nabloeden!” Met een grote glimlach verliet ik die ochtend de OK. Hopelijk mag ik zo ook 95 jaar worden...

CORRESPONDENTIEADRES

jade.logger@mumc.nl



Hidradenitis superlativa

Ineke Terra - Janse, dermatoloog Meander MC, Amersfoort

In de afgelopen jaren heb ik een bijzondere populatie van patiënten met hidradenitis suppurativa (HS) opgebouwd. De begeleiding van deze groep brengt uiteenlopende uitdagingen met zich mee. Zo probeer ik al zes jaar een patiënte met uitgebreide vulvaire Hurley III-HS te overtuigen van de noodzaak tot een operatieve behandeling - tot nu toe zonder succes.

Een andere patiënte, 30 jaar oud, vroeg me onlangs om een medische onderbouwing te schrijven voor haar aanvraag van een invalidenparkeerkaart. En dan is er nog een jonge man die ik begeleid sinds zijn veertiende. Hij is jarenlang verslaafd geweest aan alcohol en cannabis. Bij elk bezoek prijs ik hem dat hij blijft komen, en laatst vertelde hij me trots dat zijn moeder hem als een totaal ander mens herkent sinds hij is gestopt met blowen.

Hoewel het misschien ongebruikelijk klinkt om te spreken over een 'favoriete patiënt', is er toch één patiënte die direct in me opkomt: mevrouw H., een 31-jarige vrouw met zowel HS als inflammatoire darmziekte (IBD). Tijdens mijn promotieonderzoek richtte ik me op de relatie tussen deze twee aandoeningen. Ik hoopte dat de gedeelde pathogenese mij op het spoor zou brengen van een genetische predispositie. Mevrouw H. is inmiddels al geruime tijd onder mijn hoede. Haar ziekte van Crohn is in al die jaren relatief rustig gebleven, maar haar HS is hardnekkig actief. Minstens eens per drie maanden komt ze tussendoor op de poli vanwege een pijnlijk abces, ondanks behandeling met adalimumab.

Ze verkiest incisie en drainage door mij onder lokale verdoving boven een bezoek aan de spoedeisende hulp. Volgens haar is de SEH 'zonde van haar tijd', en de pijn die ik haar daarbij aandoe kan ze, zegt ze, goed van mij verdragen. Tussen de behandelingen door praten we over de dingen die haar blij maken. Zo leerde ik haar kennen als de bevlogen voorzitter van de Douwe Bob-fanclub. Ze benadrukte meteen dat ze geen

hysterische groupie was - ze had samen met hem op de middelbare school gezeten en hij had haar persoonlijk gevraagd om deze taak op zich te nemen.

Door de jaren heen zijn haar interesses meegegroeid met haar ontwikkeling. Kort voor de coronapandemie vroeg ze mij of een behandeling met bacteriofagen voor haar zinvol zou zijn. Ze overwoog zelfs naar Georgië te reizen om die behandeling te ondergaan. Mijn poging haar door te verwijzen naar een bacteriofaag expert in het Erasmus MC liep helaas op niets uit. Niet veel later besloot ze een traject in te gaan om zwanger te worden van een bekende donor. Ze wilde niet wachten op de juiste liefde en nam zelf de regie over haar leven. Inmiddels is ze een trotse moeder van een gezonde zoon en bewonder ik de manier waarop zij haar moederschap combineert met de last van twee chronische aandoeningen.

Helaas nemen haar abscessen de laatste tijd weer toe. In overleg bespraken we een mogelijke overstap naar een ander biological. Na preconceptioneel advies gaf ze echter aan eerst opnieuw zwanger te willen worden. Ze wil zeker weten dat haar Crohn tijdens de zwangerschap stabiel blijft, en stelt daarom de medicatiewissel uit.

Terwijl ik dit schrijf, realiseer ik me dat ik de komende jaren nog beter mijn best voor haar wil doen. Als je al op jonge leeftijd geconfronteerd wordt met twee ingrijpende, chronische aandoeningen en er desondanks in slaagt om zó positief en zelfstandig in het leven te staan, dan verdien je — wat mij betreft — een standbeeld.

CORRESPONDENTIEADRES

ic.terra@meandermc.nl



Ik had mijn hand al op de deurkruk om verder te gaan met de race die wij spreekuur noemen. In de spagaat tussen tijdsdruk en empathie keek ik haar nog een keer aan. Een dame van mijn leeftijd zat verslagen op het randje van de onderzoeksbank. Haar man hield haar hand vast, haar broer - medisch specialist - die haar vergezelde voor de inhoudelijke kant van het verhaal, stond met een terneergeslagen blik ietwat ongemakkelijk tegen de muur geleund. Ik heb haar zojuist verteld dat de moedervlek op haar arm een melanoom bleek. Alle medische aspecten en hun inhoudelijke vragen hadden we zojuist doorgenomen, inclusief de ongunstige Breslowdikte, al dan niet ingefluisterd door haar broer. Terwijl ik de deurkruk al wat warmer in mijn hand voel worden, kijkt ze me aan en vraagt:

-“Wat vertel ik mijn kinderen?”

Ooit was ik het op die stoel en stelde diezelfde vraag, hardop of in gedachten, dat herinner ik me niet. Ik denk niet meer aan mijn spreekuur want was dit niet de reden dat ik arts ben geworden? Wilde ik niet een verschil maken voor mensen, hoe klein ook? Ik denk terug aan wat voor mij destijds het verschil had gemaakt en liet de deurklink los. Ik ging naast haar zitten op de onderzoeksbank. Dit werd een ander soort gesprek. Ik opende mij als medemens voor haar en wierp het dokterspantser af.

-“Ze zullen voelen dat er iets is. Neem kinderen in vertrouwen en wees open in hun eigen taal. Zolang je naar ze blijft luisteren, gevoelens er laat zijn en bij ze bent, is het goed.”

Ik keek haar aan en vertrouwde haar toe dat ik uit ervaring weet hoe ontredder je bent op het moment van een vervelende diagnose. Maar ik weet ook dat je met veerkracht en rust een nieuw scenario zeker het hoofd kan bieden, en na een tijd weer de toekomst in durft te kijken.

Daarna kon ik de kamer verlaten, met een afgerond en goed gevoel.

Later hoorde ik via haar broer dat ze een bijzonder gevoel aan ons gesprek hadden overgehouden. Net als ik. Ik heb mijn kwetsbaarheid durven tonen vanuit mijn artsenrol, zonder dat het iets afdeed aan mijn professionaliteit. Plots herinner ik me het briefje dat een onbekende me bijna 20 jaar geleden in de trein toestopte: klein en verstild, maar voller dan de hele samenvatting interne geneeskunde op mijn schoot:

Drugs reduce
Surgery fixes
Both precise and necessary
But love heals what neither can reach

Het is mijn Kompas gebleven.

CORRESPONDENTIEADRES

j.dickinson@nvdv.nl



Een plekje als van een viltstift

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

Het zal zo'n 20 jaar geleden zijn geweest dat ik werd gebeld door een huisarts met de vraag of ik een meisje van 13 zou willen zien met een volgens hem vreemde plek in de haargrens op haar voorhoofd.

-“Het is misschien vreemd maar het lijkt net of er met zwarte viltstift een vlek gemaakt is”, zei de huisarts nog. Terwijl ik een afspraak voor haar besprak met de huisarts dacht ik onwillekeurig: ‘ja hoor, tuurlijk een viltstift...’

Maar toen ik haar later die dag zag, snapte ik de beschrijving, hoe plastisch ook, direct. Dermatoscopisch in ieder geval voldoende aanwijzingen die een excisie rechtvaardigden. Twee weken later kwam de uitslag: radicaal verwijderd melanoom.

Gezien de locatie en Breslow dikte volgde een verwijzing naar een academisch centrum en re-excisie door een plastisch chirurg. Daarna volgden de controles bij mij. Het meisje, laat ik haar Mia noemen, werd tijdens het eerste bezoek en de controles steeds vergezeld door haar bezorgde moeder. Zelf zei ze weinig, maar je zag dat ze aandachtig luisterde naar de gesprekken die ik met haar moeder over haar had. Haar moeder had veel vragen en dat is goed invoelbaar gezien de diagnose zeker op deze jonge leeftijd. Maar ook door wat je in die tijd, zelfs zonder skinfluencers, allemaal op het internet kon vinden over het melanoom.

-“Klopt de diagnose? Wat als het terugkomt? Moeten er geen scans gemaakt worden?”

Een andere steeds terugkerende vraag was:

-“Weet u zeker dat het goed komt?”

Je merkte dat vooral die laatste vraag voor Mia erg ongemakkelijk was. Ze zei niets, maar was er zichtbaar van doordrongen dat het serieus was. Gelukkig waren de controles steeds goed, nam het aantal vragen van haar moeder geleidelijk af en konden de controles na vijf jaar worden afgesloten.

Jaren later kreeg ik een brief met een engel aan een sleutelhanger van Mia. Zij schreef dat het nog steeds goed met haar ging en bedankte mij voor de goede zorgen en mijn geduld met haar overbezorgde moeder. Mede door deze goede ervaringen had zij besloten ook in de zorg te gaan werken. Zij was verpleegkundige geworden op een afdeling met dubbelgehandicapte patiënten.



Onverwachte wending

Ronald Houwing, dermatoloog Deventer Ziekenhuis, Deventer

De laatste controle van een patiënt die eerder behandeld is voor een melanoom vind ik altijd een bijzondere gebeurtenis. Als alles goed is, kan ik ze ontslaan, want ze zijn ‘genezen’ verklaard. Het geeft een goed gevoel om mensen aan wie je eerder slecht nieuws moest brengen, zo blij te zien. Ik vraag dan altijd of hun leven veranderd is, na die periode van schrik en onzekerheid. De reacties verrassen me telkens weer. Sommigen doet het schijnbaar niets (of ze snappen mijn vraag niet). Anderen vertellen dat ze sinds ze ‘melanoompatiënt’ zijn veel bewuster gingen leven. Enkelen hebben hun baan opgezegd en zijn eindelijk aan de studie van hun dromen begonnen. Anderen boekten halsoverkop een te lang uitgestelde reis, met het hele gezin en aanhang, die onvergetelijk was.

Hoogtepuntjes in het weinig heroïsche werk van een dermatoloog. Na zo’n bezoek voel je je voldaan. Echter niet bij de klachtenbrief van een partner van een melanoompatiënt die ik na zijn laatste controle had uitgezwaaid en drie maanden later onder de metastasen bleek te zitten waaraan hij is overleden.

Enkele weken na deze brief zat er een patiënt tegenover me die zei dat ze me wel kende. Ze keek me doordringend aan.

Tijdens het spreekuur stel je aan de lopende band diagnoses, geef je uitleg, behandel je en stel je gerust. In feite is dat allemaal gewoon onderdeel van je werk: het inspelen op de belevingswereld van de patiënt en zijn of haar omgeving. Dat is wat er van ons verwacht wordt. Als dat tot gevolg heeft dat je iemand onbewust hebt geïnspireerd om met de meest kwetsbare patiënten te gaan werken is dat echt heel bijzonder.

CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl

-“Door u ben ik mijn echtgenoot verloren.”

Het zweet brak me uit. Had ik een melanoom bij hem gemist, of was dit opnieuw zo’n casus als de klachtenbrief? Zij zag mijn verwarring:

-“Hij is niet dood hoor, maar hij heeft mij na veertig jaar huwelijk verlaten.”

Dat vond ik heel verdrietig voor haar, maar wat was mijn rol hierin? Ze vertelde:

-“Na zijn laatste melanoomcontrole bij u kwam hij verward thuis. Ik vroeg wat er aan de hand was - was het niet goed?”

-“Jawel”, zei hij. “De dokter feliciteerde me en vroeg of mijn leven veranderd was sinds de diagnose. Ik snapte zijn vraag niet, maar hij legde uit dat zo’n ervaring je anders naar het leven kan laten kijken. Onderweg naar huis heb ik over zijn woorden nagedacht. Ik wil van je scheiden.”

CORRESPONDENTIEADRES

houwingr@gmail.com



De zeventigjarige kampioen

Peter Velthuis, dermatoloog Erasmus MC, Rotterdam

Een man van zeventig bezoekt mijn spreekuur. Hij is netjes en sportief gekleed in overhemd, jasje, stropdas, spijkerbroek en sneakers. Zijn huid zit vol met vergroeiingen, zegt hij. Ik zie enkele verrucae seborrhoeicae onder zijn boordje vandaan komen. Ook daarboven in zijn nek zijn er een aantal, evenals in zijn gezicht.

–“Laat maar eens kijken”, zeg ik.

Hij begint zich uit te kleden. Hij is klein van stuk, slank en atletisch. Hij zou model kunnen zijn bij een anatomiecollege. Elke spier is van begin tot eind te volgen. Onwillekeurig vergelijk ik hem met mijzelf. Ik ben tien jaar jonger. Ooit had ik sportieve ambities, ik was spelverdeler van het volleybalteam dat de finale van het schoolkampioenschap van Amsterdam haalde. Maar co-schappen, militaire dienst, daarna fulltime banen voor mijn vrouw en mijzelf, kleine kinderen, sporten lukte al snel niet meer. Buiten de wekelijkse boodschappen en fietsen op de hei, waren er weinig lichamelijke uitdagingen. Goed slapen was belangrijker.

Inderdaad zit zijn huid vol met seborroïsche wratten. Maar natuurlijk doe ik een nauwkeurige inspectie van alle delen van het lichaam. Dat duurt wel even en om wat te zeggen, vraag ik hem: –“U doet nogal veel aan sport, denk ik?”

–“Ja, inderdaad. Ik ben twaalf jaar geleden begonnen. Het was na mijn scheiding. Ik ging weer bij mijn moeder wonen. Zij woonde alleen na het overlijden van mijn vader. Ik was er nog geen twee maanden toen zij te horen kreeg dat ze kanker had. Vanwege de uitzaaiingen zag het er slecht uit. De dokter gaf haar nog een half jaar, niet langer. Toen was er de chemo, waar ze erg veel last van had en ben ik begonnen met haar te verzorgen, naast mijn werk. Om af en toe uit te waaien ben ik gaan hardlopen, eerst vijf, maar later iedere dag minimaal tien kilometer. Daar ben ik ook wedstrijden in gaan doen. En ik bleek erg goed te zijn. De laatste jaren doe ik mee aan

marathons. Nu ik zeventig ben geworden, heb ik kans om een nieuw marathonrecord te vestigen in deze leeftijdscategorie.”

–“En, ... wat is uw beste tijd op die afstand?”

–“Twee uur vijf-en-dertig.”

Wauw! Ik feliciteer hem en vertel dat ik ooit een carrière had willen starten in wielrennen. Maar mijn moeder zag dat niet zo zitten met al die dopingschandalen destijds. Een veelbelovende carrière in de knop gebroken. We lachen daar samen om. Ik vertel hem dat hij geen zorgen hoefde te hebben. Het is allemaal goedaardig.

–“Ook al zijn ze goedaardig, ik wil graag van die wratten af.

Mijn moeder is vorig jaar doodgegaan. Doordat ze zolang is blijven leven, heb ik nooit meer de kans gehad met een vrouw te zijn. En nu met die wratten, denk ik niet dat het gaat lukken. Wilt u ze weghalen, kan dat? Ik kan er desnoods voor betalen.”

Het zal een hele klus worden. Ik schat vier tot vijf behandelingen met scherpe lepel en CO₂ laser. Nadien kans op post-inflammatoire hyperpigmentatie.

–“Geen probleem”, zegt de man.

Enkele jaren na de behandelcyclus wandel ik met mijn vrouw op het strand bij Hoek van Holland. De hardloper die ik zie aankomen, blijkt de marathonman te zijn. Ik steek mijn duim omhoog. Hij herkent mij en doet hetzelfde. Ik steek ook mijn andere duim omhoog en trek vragend mijn wenkbrauwen op. Ook hij steekt zijn andere duim omhoog en knikt daarbij een aantal malen met een brede glimlach.

CORRESPONDENTIEADRES

p.velthuis@erasmusmc.nl

Verliefdheid en andere ongemakken



Levensveranderende consult

Anoniem*

Sommige patiënten blijven je bij vanwege hun zeldzame huidziekte, anderen vanwege hun indrukwekkende levensverhaal. Maar zelden is een patiënt zó bijzonder dat ze je leven voor goed verandert.

Het was 2017, een gewone dinsdagochtend, toen de aios mij om supervisie vroeg. Ze legde de casus voor en vertelde me erbij dat het een extra leuke patiënte betrof. Het bleek een elegante, aantrekkelijke vrouw, opvallend welbespraakt en communicatief. Ze kwam voor behandeling van haar psoriasis, maar in de vervolgconsulten bleek snel dat onze gesprekken verder reikten dan alleen de huid. Bij elk consult groeide er een subtiele band: gedeelde passies, verhalen over onze kinderen, een wederzijds begrip dat zelden zo vanzelfsprekend voelt.

Als artsen zijn we getraind om professionele afstand te bewaren. Op een dag, na een bijzonder geanimeerd gesprek, nodigde ze me uit om samen iets te gaan drinken. Een uitnodiging die ik, met pijn in mijn hart, afsloeg. De arts-patiëntrelatie is immers heilig en vraagt om grenzen, hoe menselijk de gevoelens ook zijn.

Maanden later sloten we haar behandeling af. Er volgde een periode van afkoeling, langer dan me lief was. Maar toen het stof was neergedaald en de professionele banden definitief waren doorgesneden, durfde ik haar alsnog te benaderen. We dronken dat glas wijn, waar we zo lang omheen hadden

gedraaid. Nu, acht jaar later, zijn we getrouwd.

Mijn vrouw vertelt ons verhaal graag, vol trots en met een vleugje romantiek, over hoe we elkaar op zo'n ongebruikelijke manier ontmoetten. Zelf blijf ik liever op de achtergrond wegens het taboe dat rust op arts-patiëntrelaties. Ik ben me terdege bewust van het belang van een veilige, vertrouwelijke behandelrelatie en het risico op machtsongelijkheid. Toch geloof ik dat niet elke patiënt een kwetsbaar afhankelijk slachtoffer is dat beschermd moet worden tegen de slechte intenties van de arts. In veel gevallen zijn de verhoudingen gelijkwaardiger dan we veronderstellen.

Ik hoop dat er ruimte komt voor meer nuance in dit gesprek. Dat we mogen erkennen dat liefde soms onverwacht opduikt, zelfs op plekken waar je het niet verwacht. Misschien durf ik ons verhaal dan ooit zonder schroom en zonder anonimiteit te vertellen.

**De naam van de inzender is bij de redactie bekend.*

CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl



Man in pak

Birgitte Visch, dermatoloog Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem

Zonder uitzondering bezocht het echtpaar jarenlang mijn spreekuur. De man was mijn patiënt. Altijd goed gekleed en altoos een tikje te bruin. Gouden armband om de pols met een zelfverzekerdheid die op zijn minst een tikje ijdelheid verried. Hij was onder behandeling voor diverse huidkankers. Op een dag verschenen zij vanwege een BCC op zijn oorschelp. Helaas bleek zijn kraakbeen zo hard als bot, en kwam ik er met het mes niet goed doorheen. Ik stuurde hem door naar de KNO-arts om te beoordelen of dit gewoon fysiologische variatie was, of er iets anders aan de hand was. -“Ik zie u daarna weer graag terug...”, sprak ik routineus tegen hem.

Tot mijn verbazing kwam hij kort daarna alleen, strak in een Armani- pak, de leren Italiaanse loafers glimmend gepoetst.

Hij opende het gesprek met een bijna triomfantelijk:

-“Hier ben ik dan. U zei dat u mij graag wilde zien!”

Mijn verbijstering kon ik nog net een beetje verhelen om hem daarna uit te leggen dat hij mijn opmerking niet helemaal correct had geïnterpreteerd:

-“Wat ik bedoelde was dat ik u terug wilde zien voor controle.”

Het consult eindigde vrij snel daarna. Pas naderhand viel mij in dat hij deze keer met zijn stoel iets dichterbij mij was aangeschoven dan voorheen.

CORRESPONDENTIEADRES

bvisch@rijnstate.nl



Eén opmerking te veel

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

Mevrouw Jansen is een rustige vrouw die oogt alsof zij het niet gemakkelijk heeft in haar leven, bij wie dan ook moeilijk een glimlach te ontlokken is. Zij gebruikt een zalf voor haar psoriasis vulgaris. Daarmee is zij tevreden, al zijn de plekjes nooit helemaal weg. Zij is altijd op tijd en mist nooit een afspraak. Ook bij haar gaat de psoriasis soms beter en soms slechter. Als het slechter gaat, vraag ik steevast hoe gaat het verder, zijn er nog dingen die spelen? Haar antwoord is steevast:

-“Nee hoor”.

Nadat zij een tijd niet op het spreekuur verscheen, zag ik haar weer maar nu voor een ander probleem. Wat meteen opviel was een totaal andere look. Onder een fris nieuw kapsel zag ik een frisse vrolijke en zelfs guitige blik met voor het eerst een make-up. Het was een totaal andere vrouw, mevrouw Jansen 2.0.

Ik vroeg haar hoe het met haar en haar psoriasis ging.

-“Nou dokter, dat zal ik u vertellen. Op een dag kwam ik thuis met twee volle boodschappentassen. Mijn man zat onderuitgezakt op de bank en zei:

-“Zou je niet eens de vuilniszakken buiten zetten en gaan koken want ik heb honger!”

Ik dacht toen: ‘Ik schei ermee uit!’, liet de boodschappentassen vallen en ben vertrokken.

-“En de psoriasis?”, vroeg ik?

-“Net als mijn man verdwenen, dokter, als sneeuw voor de zon!”

CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl

Foutencarrousel



Concentreren op de concentraties!

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

Toen vroeger nog de goede oude tijd was, mochten we van de zorgverzekeraars (ziekenfondsen) de ontsierende roodblauwe adertjes op damesbenen (bezemrijsvarices) wegspuiten tegen een zeer aantrekkelijk tarief. Dat deed ik met 0,5% Aethoxysklerol. Ik gebruikte ook 1%, 2% en 3% voor wat grotere varices. Hoe goed ik ook altijd op de concentraties lette, één keer ging het fout. Ik wist niet zeker meer of we 0,5% of 3% gebruikt hadden en mijn assistente ook niet, we hadden te snel opgeruimd. Tja, wat te doen, het spul zat er al in en het been was verbonden. Als ik per ongeluk 3% gebruikt had, was er een reële kans dat er flinke necrose op zou treden. In andere omstandigheden zou ik de list van De Groot hebben toegepast: net doen alsof er niets aan de hand is en hopen dat het vanzelf goedkomt, maar dat durfde ik hier niet aan. Dus heb ik de hele situatie aan de patiënte uitgelegd en wat de mogelijke gevolgen zouden kunnen zijn. Ik heb vervolgens tegen haar gezegd:

–“Als er wat is, bijvoorbeeld dat het pijn gaat doen, dat het been dikker wordt, of dat u koorts krijgt, wat dan ook, bel! Ik zal de telefonistes zeggen dat wanneer u 's avonds, 's nachts of in het weekeinde belt, ze u naar mij moeten doorverbinden en dan kom ik meteen.”

Een week later kwam de patiënte, een psychologe, terug: er was gelukkig niets bijzonders gebeurd en alles zag er prima

uit. Aan het einde van het consult haalde ze een fles wijn tevoorschijn en sprak (ja, meisjes en jongens, ik kan er ook niets aan doen, ze zei het echt):

–“U heeft precies gedaan wat in deze situatie het beste en juiste was.”

Dit voorval versterkte mijn mening dat, wanneer je iets fout gedaan hebt, je er het beste voor uit kunt komen, het eerlijk met de patiënt bespreekt en excuses aanbiedt. De meesten zullen je eerlijkheid op prijs stellen en het je niet kwalijk nemen. Het is niet meer zoals in de tijd van Sir Lancelot Spratt, de beroemde chirurg uit Harley Street in de boeken van Richard Gordon. Hij kon nog verkondigen:

–“Al zet je een patiënt het verkeerde been af, dan nog krijg je een kist sigaren voor Kerstmis.” Maar ook in mijn praktijkjaren waren de meeste patiënten vergevingsgezind naar dokters die eerlijk zijn over een gemaakte fout. Anderzijds: ontkennen van een overduidelijke fout is riskant, dan gaan de hakken in het zand! Maar de huidige maatschappij is wel veel harder dan destijds, dus het is goed mogelijk dat deze visie gedateerd is.

CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl



In het zicht van de haven ...

Jannes van Everdingen, dermatoloog n.p. en beleidsadviseur NVDV

Na mijn opleiding dermatologie in het Binnengasthuis en AMC, bleef ik voor één dag verbonden aan het AMC, toen nog niet wetende dat ik daar bijna 25 jaar zou blijven. Ik had daarnaast geen eigen praktijk, maar een kantoorbaan bij het CBO, waar ik belast was met het beleid rond landelijke richtlijnontwikkeling. Halverwege die periode maakte ik als UHD nog een uitstapje naar de afdeling medische psychologie van het AMC waar ik mij verdiepte in de interactie tussen patiënt en arts en mij specifiek bezighield met zaken als informatieoverdracht, slechtnieuwsgesprek, grensoverschrijdend gedrag en omgaan met fouten. [1,2]. Op die ene dermatologie-dag per week had ik 's ochtends een spreekuur en gaf ik 's middags les aan co-assistenten. Dat spreekuur werd gaandeweg steeds meer een spreekuur voor bijzondere patiënten met auto-immuunziekten. Maar ook de gewone huis-tuin-en-keuken dermatologie kwam af en toe voorbij.

Zo zag ik in een van de laatste jaren dat ik een polispreekuur draaide, een patiënt met op zijn rug een huidafwijking die ik aanzag voor een verruca seborrhoeica. Met een scherpe lepel krabde ik de 'verruca' weg van zijn rug en liet aanvullend histologisch onderzoek achterwege. Een klein jaar later kreeg ik een telefoontje van het afdelingshoofd. Hij had via de klachtencommissie van het AMC een officiële schriftelijk klacht gekregen van de zoon van de patiënt. Het was de eerste klacht over mij. Het was geen verruca seborrhoeica geweest, maar een romphuidtype basaloom, waarbij maanden later uit de boden een recidief ontstond, dat de patiënt elders liet verwijderen. Hij liet mij weten dat ik vooral niets moest doen en verdere stappen moest afwachten. Mijn eerste reactie was die van verontwaardiging. 'Het zal mij toch niet gebeuren dat ik aan het eind van mijn loopbaan nog voor de tuchtrechter moet verschijnen.' Maar ook boosheid. Boos op het afdelingshoofd dat mij opdroeg geen actie te ondernemen. Ik beschouwde zijn instructie als een inschattingfout en volgde die niet op, want mijn gezonde verstand dat mede was gebaseerd op alles wat ik op de afdeling medische psychologie had geleerd en wat ik daar zelf over had geschreven in artikelen en leerboeken, zei mij er meteen werk van te maken. [3]. Ik heb diezelfde dag de patiënt gebeld, mijn fout toegegeven, mijn excuses

aangeboden en de hoop uitgesproken dat hij er geen nadelige gevolgen van zou ondervinden. Hij aanvaardde mijn excuses ruimhartig. De plek op zijn rug was inmiddels restloos genezen. De patiënt vond het heel vervelend dat er een klacht was ingediend door zijn zoon. Dat bleek een collega te zijn, een chirurg. Vervolgens vroeg ik hem of ik zijn zoon mocht bellen. Hij gaf mij zijn telefoonnummer. Ook die belde ik meteen en wederom bood ik mijn excuses aan. Dat gesprek verliep wel moeizamer. Hij hield mij voor dat ik een fout had gemaakt. Wat volgens mij een inschattingfout was, was in zijn ogen een kunstfout. Ik had het weggenomen materiaal nooit in de 'prullenbak' mogen gooien. Wat hij van mij vooral wilde horen, was dat ik dit nooit meer zou doen. Ik had volgens de klager een biopt moeten nemen. Ik probeerde hem nog wel duidelijk te maken dat dermatologen veel meer ouderdomswratten zien dan chirurgen en dat de ervaring van dermatologen hen op dit gebied behoedt voor onnodige diagnostiek, in dit geval histologisch onderzoek. Maar juist op dat vlak was ik te kort geschoten, zo stelde hij. Dat kon ik niet weerspreken. Ik moest beloven dat ik er alles zou doen te voorkomen dat ook andere patiënten de dupe zouden worden van dezelfde fout. Vervolgens aanvaardde hij mijn excuses en trok hij zijn klacht in. Ik vertelde het afdelingshoofd dat ik de zaak had opgelost. Dat gaf wel voldoening, patiënten willen immers vooral horen dat men van fouten leert. Deze zaak onderstreepte nog eens duidelijk en 'pijnlijk' dat ik er met één dag dermatologie per week niet beter op werd.

Een paar maanden later zwaaide ik af bij het AMC, zonder 'strafblad'.

LITERATUUR

1. Van Everdingen JJE. Omgaan met fouten. In: De Haes JCJM, Hoos AM, van Everdingen JJE (red). *Communiceren met patiënten*. Maarssen: Elsevier, 1999:193-205.

CORRESPONDENTIEADRES

j.vaneverdingen@nvdv.nl



Een gat gesneden

Anton de Groot, dermatoloog n.p., Wapserveen

De dermatochirurgie heeft me nooit zo aangetrokken. Daaraan zal bijgedragen hebben dat geen van de stafleden van wie ik het betere snij- en hechtwerk moest leren tijdens mijn opleiding ooit het scalpel ter hand had genomen. Gelukkig waren er destijds twee tropenartsen in opleiding tot dermatoloog en van hen konden we de basisbeginselen leren (inclusief hoe je een draadje aan de naald moest bevestigen; ik verzin dit niet). Ik deed dan ook relatief weinig chirurgie en verwees veel patiënten naar de chirurg of de plastisch chirurg. Iedereen (ik, de patiënt, de [plastisch] chirurg) tevreden behalve het ziekenfonds. Maar op een (niet zo mooie) dag was ik blijkbaar in een overmoedige bui en had een patiënte op de onderzoeksbank van mijn poli liggen met een basaalcelcarcinoom op het voorhoofd. Tot mijn schrik leek de tumor aanzienlijk groter dan bij het eerste consult een paar dagen daarvoor. Goed, ik wil me natuurlijk niet laten kennen en snij het ding er met een mooie ellips uit. Tot zover niets aan de hand. Volgende fase: hechten, en dat liep minder voorspoedig. Ik kon sjoeren en ondermijnen wat ik wilde, maar ik kreeg de wond met geen mogelijkheid gesloten. Ik bleef gelukkig rustig en vertelde het slachtoffer van mijn chirurgische onkunde dat het me niet lukte om de wond te sluiten, maar dat ik een chirurg zou gaan zoeken en vragen of die het van me over wilde nemen. Tien

minuten later kwam ik terug met chirurg Erik, die controleerde of de verdoving nog goed werkte en vervolgens in een paar minuten met een bewonderenswaardig maar ook jaloersmakend gemak de wond sloot. De patiënte was heel tevreden over hoe ik de situatie had afgehandeld en heeft vervolgens haar hele familie en vriendenkring aangeraden om naar mij te gaan wanneer ze iets met de huid zouden hebben. Eens te meer bleek hoe belangrijk 'niet-medische kwaliteit' in de praktijk kan zijn bij hoe patiënten ons beoordelen.

De Groot AC. Niet-medische kwaliteit in de dermatologische praktijk. Het geheim van de succesvolle dokter. II. De relatie met de patiënt. Ned Tijdschr Derm Venereol. 2000;10:285-289.

De uitdrukkingen 'ik verzin dit niet' en 'tot zover niets aan de hand' zijn afkomstig uit de Volkskrant columns van Sylvia Witteman

CORRESPONDENTIEADRES

antondegroot@planet.nl

Souvenirwinkel



Dat verdient een bloemetje

Joost Meijer, dermatoloog UMCG, Groningen

Mijn allergiestage tijdens de opleiding werd letterlijk gekleurd door een mevrouw met een rode lelie op de rechterenkel. Het had niks te maken met een fytocontactdermatitis, maar de rode lelie was een verheven tatoeage waarbij de rode kleur al wel wat was verwelkt. Met een verdenking op een contactallergie sprong ik als enthousiaste beginnende aios op de fiets naar de lokale tattooshop aan het Gedempte Zuiderdiep voor de veiligheidsbladen van de tatoeage-inkt. Wat volgde, was een wat ongemakkelijk gesprek met de tatoeëerder over dit ongebruikelijke verzoek, maar met deze veiligheidsbladen konden we verder met de plakproeven. Helaas betekende de vastgestelde acrylaatallergie voor de rode tatoeage-inkt dat de lelie langer bleef staan dan op de vaas, maar bij een volgende afspraak voor een kenacort injectie kreeg ik toch een bosje lelies van de patiënte.

CORRESPONDENTIEADRES

j.m.meijer@umcg.nl



Illustratie. Tatoeage van een rode lelie, vóór type IV reactie. Bron: ChatGPT



Plotseling visusverlies

Nadia Kamminga, a(n)ios Erasmus MC, Rotterdam

Tijdens mijn spreekuur werd ik gebeld door een doktersassistente. Ze had me eerder die dag al gemaild over een patiënt, maar besloot toch ook even te bellen om haar zorgen te uiten. De partner van een 70-jarige man had namelijk naar de poli gebeld: zijn visus in één oog zou 'plots van 80% naar 0%' zijn gegaan. Dit was de dag ervoor geconstateerd door de opticien, die hier verder niets mee had gedaan. Zowel de patiënt als zijn vrouw maakten zich begrijpelijkerwijs grote zorgen.

De patiënt stond bij ons onder behandeling voor eczeem en gebruikte sinds kort ciclosporine. Het visusverlies leek niet direct aan deze behandeling gerelateerd, maar ik deelde de zorgen van patiënt en zijn vrouw: het zorgde bij mij voor een 'niet pluis'-gevoel. Ik besloot daarom intern te overleggen met zowel de neuroloog als de oogarts. Deze deelden mijn gevoel van urgentie, en de oogarts plande patiënt in voor een spoedconsult. Na beoordeling werd hij de volgende dag direct geopereerd: hij bleek een ablatio retinae te hebben.

Tot dat moment had ik alleen telefonisch contact met zijn bezorgde partner. Dat leverde overigens telkens dezelfde komische situatie op: het gesprek verliep via zijn vrouw, omdat hij zelf erg slechthorend was, maar ondertussen praatte hij voortdurend door haar heen.

-“Sorry hoor dokter, hij praat er weer eens doorheen,” verontschuldigde ze zich dan, omdat zij mij vervolgens ook niet meer kon verstaan.

Enkele weken later zag ik hen voor het eerst samen op het spreekuur, waar de patiënt eerst door een co-assistent was gezien. Toen ik binnenkwam, vroegen ze direct:

-“Bent u de arts die de afspraak bij de oogarts voor ons heeft geregeld?”

Toen ik dat bevestigde, schoten ze allebei direct vol. De patiënt pakte mijn hand vast en zei:

-“Dankzij u heb ik mijn oog nog. We zijn u hier zo ontzettend dankbaar voor.”

Hier kreeg ik zelf natuurlijk ook tranen van in mijn ogen. Het was een heel bijzonder en ontroerend moment dat ik niet snel weer zal vergeten.

CORRESPONDENTIEADRES

n.kamminga@erasmusmc.nl

Varia



Ik heb het helemaal niet aan mijn rug ...

Hans Alkemade, dermatoloog CWZ, Nijmegen

Veel van mijn patiënten die de eerste keer met huidkanker bij mij komen, zeggen wanneer ik uitleg dat het door de zon komt: "Ik kom helemaal niet in de zon, dokter." Ze bedoelen eigenlijk: "Ik lig niet te zonnen op een handdoek of een ligstoel, en ik boek geen zonzakantie."

Vaak vraag ik dan nog: "Ja, maar misschien vroeger wel?" Ook leg ik altijd uit dat het de combinatie is van de lichte huid en de zon: blauwe ogen en een heel licht huidje geeft een groter risico op huidkanker. Heb je bruine ogen en een huid met meer pigment, dan loop je minder risico. Er is een vorm van huidkanker (het plaveiselcelcarcinoom) waarbij de hoeveelheid genoten zon een risicofactor is, zeg maar de 'opgetelde schade' die groter is dan herhaald verbranden of verbranden op jonge leeftijd (risicofactoren bij basaalcelcarcinoom en melanoom dus). Dit alles natuurlijk samenhangend met een lichte huid. Als dokter zoek je dan een goed voorbeeld of een metafoor die beklijft en ik dacht er een gevonden te hebben. -"Dat u de laatste jaren niet meer in de zon komt, dat kan, maar die opgetelde zonneschade kunt u ook goed vroeger

opgelopen hebben. Neem bijvoorbeeld een bouwvakker die vanaf zijn 16de levensjaar loopt te sjouwen met stenen, balken en andere zware spullen, tot hij op zijn 60ste jaar stopt met werken. Dan lijkt er niks aan de hand. Maar op zijn 65ste krijgt hij rugklachten en gaat hij naar de huisarts die vervolgens zegt:

-"Hoewel je nu al vijf jaar niet meer werkt, komen die rugklachten van jou toch van dat zware sjouwen van vroeger!"

Zo meende ik een mooi voorbeeld te hebben met een overeenkomst tussen 'zon van vroeger' en 'zwaar sjouwen vroeger'. Het bleek een vergissing. De eerste patiënt bij wie ik dit voorbeeld gebruikte, knikte even maar keek me meewarig aan en zei: "Ja maar dokter, ik heb het helemaal niet aan mijn rug ..."

CORRESPONDENTIEADRES

h.alkemade@cwz.nl



Vakantiemesje

Laura Kienhorst, dermatoloog Tergooi MC, Hilversum

In de loop der jaren ziet elke dermatoloog een stoet patiënten voorbij komen. Daar zitten opmerkelijke types bij. Qua gedrag, kleding, hulpvraag et cetera. Sommige consulten zijn eenvoudig te schetsen aan de hand van de opmerkelijkste dialoog:

-"Goedemorgen mevrouw, u komt vandaag voor een mohsope-
ratie van uw onderooglid. Heeft u nog vragen over de
ingreep?"

-"Nee hoor, alles is duidelijk. Wij gaan wel over twee dagen
naar Nigeria, voor mijn man zijn werk."

-"Maar mevrouw, er zitten hechtingen in de wond. Hoe wilt u
deze eruit laten halen?"

-"Dat kan mijn man wel doen, hij is dierenarts. Kan ik zo'n
mesje meekrijgen?"

CORRESPONDENTIEADRES

lkienhorst@tergooi.nl



Heimwee naar een Nokia

Els de Jonge, dermatoloog OLVG, Amsterdam

Iedereen zal het herkennen. Zaterdagochtend, na ontbijt met de kinderen en met koffie op de bank, krijg ik een appje. –“Hee Els, hoe is het met je? Hopelijk vind je het niet erg dat ik even een foto doorstuur. Anders gewoon zeggen he!”

Op de foto is een beentje van een pasgeboren baby te zien met lineair gerangschikte gele bullae. De kraamzorg dacht aan een infectie, en de plekken zijn inmiddels alweer bijna weggetrokken. Het zal vast niks zijn, maar toch willen ze graag even mijn dermatologische advies. Incontinentia pigmentii, is het eerste dat me te binnen schiet. De moeder van de baby is een oud studiegenoot, en zoals we vroeger in onze groepsapp wel vaker casuïstiek of medische vragen deelden, ben ik geneigd meteen mijn waarschijnlijkheidsdiagnose terug te sturen. Gelukkig bedenkt ik me net op tijd, en in plaats van een appje te sturen maak ik even tijd voor een telefoontje waarin ik mijn zorgen en advies met haar bespreek. Zoals te verwachten schrikt ze, de mogelijke extracutane symptomen, zoals psychomotore retardatie en epilepsie zijn dan ook niet niks. Gelukkig kunnen ze snel terecht in het Wilhelmina Kinderziekenhuis, wordt er geen genafwijking gevonden en lijkt de aandoening zich tot op de dag van vandaag te beperken tot de huid. De ouders van het meisje zijn blij dat er snel actie werd ondernomen en sturen me een kaartje om me te

bedanken. Ik ben blij voor hen dat het uiteindelijk allemaal mee bleek te vallen, maar denk er nog regelmatig aan terug. Een foto of appje is zo gestuurd, en een antwoord met een spotdiagnose ook. In de tien minuten consulten in de spreekkamer, de routine van het beantwoorden van teleconsulten of het beoordelen van een foto in de dienst op Siilo wordt het een tweede natuur om snel diagnoses te stellen. En zeker als het om een collega gaat, is het makkelijk om te vergeten dat er achter die foto een patiënt of ouders zitten, die meteen een literatuursearch starten en van het ergste uitgaan. Gelukkig gaat het vaker om eczeem, urticaria of mollusca, maar soms betekent ‘even een blik werpen’ meer dan alleen een diagnose of linkje sturen. Of ik vrienden, kennissen of burens nu vaker antwoord dat ik geen ‘spreekuur per whatsapp’ meer houd? Nee, meestal is de foto al gestuurd en vraag ik me af of ik beter help door te adviseren om eerst maar eens naar de huisarts te gaan. Maar wat zou het soms fijn zijn om weer een Nokia 3310 te hebben.

CORRESPONDENTIEADRES

c.j.dejonge@olv.nl



Samen beslissen met een twist

Kees-Peter de Roos, dermatoloog Radboudumc, Nijmegen

De huisarts van meneer Pieterse stuurde hem in vanwege een ‘champignon-grote zwarte tumor in de nek’. Het bleek een vijf centimeter groot melanoom (T4a) waarna ik hem doorverwees naar een academisch centrum in de regio. Daar onderging hij direct een echografie en om te beoordelen of hij voor een bepaald behandelprotocol in aanmerking kwam, kreeg hij enkele weken later een CT-scan. Daaruit bleek dat er metastasen waren en om te beoordelen of hij voor een ander protocol in aanmerking kwam, maakte men eerst nog een PET scan. Dit ging zo een paar keer door met steeds een teleurstellende boodschap voor het echtpaar, beiden ruime vijftigers. Ik zag hen vervolgens op mijn spreekuur waarbij de vraag gesteld werd: –“Moet ik dit allemaal wel ondergaan als de vooruitzichten zo somber zijn”.

In het prettig verlopen gesprek dat daarop volgde bespraken we de verschillende opties en de consequenties daarvan. Hij besloot een palliatief traject in te gaan. Enkele weken later, toen ik aan het einde van een winterse dag het ziekenhuis verliet, zag ik hem het ziekenhuis binnengaan. Hij liep mij straal voorbij en reageerde niet op mijn groet. Verbaasd en ook een beetje teleurgesteld ging ik naar huis. De volgende dag begreep ik wat er was gebeurd. Het bleek zijn eenenigste tweelingbroer te zijn die zijn terminale broer opzocht die de avond ervoor was opgenomen.

CORRESPONDENTIEADRES

redactie@nvdv.nl



Grote oren, niet luisteren

Hans Alkemade, dermatoloog CWZ, Nijmegen

Echtparen zijn er in vele soorten.

Soms krijg je een echtpaar in de spreekkamer waarbij je direct merkt: die zijn goed met elkaar, want echt samen. Soms komen er ook echtparen binnen waarbij snel (over)duidelijk is dat dit niet het geval is ... Het echtpaar echter waar ik het nu over heb, beide tachtigers en meer dan zestig jaar samen, liep bijna hand in hand naar binnen, hield rekening met elkaar wie waar wilde zitten en had veel interactie. Zij keken af en toe ouderwets verliefd naar elkaar en voelden zich duidelijk op hun gemak. De man was patiënt en kwam voor een plekje in het gelaat. Bij inspectie van het gezicht bleek hij opvallend grote oren te hebben. Of ik er te lang naar keek of om een andere reden, maar die oren werden besproken. En ik legde hem uit dat de uiteinden of acra (handen, neus en ook oren) doorgroeien tijdens het leven.

-“Denk maar aan wijlen minister Joseph Luns”, vertelde ik hem. Plus dat dat wel handig was voor mannen, dan kon je beter horen.

-“Ja”, antwoordde de patiënt vriendelijk terwijl hij met een twinkeling in zijn zachtmoedige ogen zijn vrouw aankeek:

-“Vroeger hoorde ik het wel maar luisterde ik niet, en nu wil ik wel luisteren, maar hoor ik het niet meer ...”

Zijn vrouw schaterde het uit en pakte zijn handen. Zo ontroerend lief.

CORRESPONDENTIEADRES

h.alkemade@cwz.nl



God regelt het wel

Marjon Wiegman, dermatoloog UMCG, Groningen

Een bejaard echtpaar komt mijn spreekkamer in. Zij in lange grijze rok, hij in grijs pak. Enkele weken geleden hebben ze bij een collega afgezien van behandeling van de lentigo maligna op de neus van mevrouw. Helaas bleek het bidden om genezing door God geen soelaas te hebben geboden. Blijkbaar wilde God dan toch dat ze imiquimodcrème zou gaan smeren. Zogezegd, zo gedaan. Ik schreef een recept uit en met een “met Gods hulp tot wederziens” verlieten ze mijn spreekkamer. Enkele maanden later zag ik ze terug. Opnieuw beiden in het grijs maar ditmaal zonder bruine vlek op haar neus. De imiquimodcrème was echter slechts kortdurend gesmeerd. Vanwege hevige reactie hadden ze besloten om, samen met de gehele geloofsgemeenschap, nogmaals aan God om genezing

te vragen. Enkele dagen later bleek imiquimodcrème niet meer leverbaar. Dit kon geen toeval zijn. Patiëntes dankbaarheid voor Zijn ingrijpen was dan ook groot.

-“Wel vervelend voor mijn andere patiënten die nu met een leveringsprobleem voor imiquimodcrème zitten”, flapte ik eruit.

De oplossing daarvoor had ik kunnen weten:

-“Wend u tot de Heere.”

CORRESPONDENTIEADRES

mj.wiegman@umcg.nl



Zo'n 50 jaar geleden had de afdeling dermatologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen (in de volksmond 'Takkademies' [dixit wijlen prof. Marcel Jonkman], een groot aantal bedden voor klinische behandelingen. Toen ik in april 1976 tijdens mijn opleiding aan de zaalstage begon waren patiënten met arteriële been- en voetzweren en ook patiënten met diabetische voetulcera daar van harte welkom. Het was voor de assistenten wel afzien. Maanden achtereenvolgend moesten we vijf ochtenden per week naar die ulcera kijken in de hoop dat we er iets hoopgeevends over konden zeggen. Overschakelen van zinkpasta naar zinkperoxydepasta en weer terug, tussendoor een paars kleurtje (gentiaanviolet) of bruin (jodium) en, neen, ook een vaselinegaasje hielp niet altijd. Op een gegeven moment kwam de kleur goud in zwang: een van de assistenten werd door de hoogleraar naar een verfaak aan het Zuiderdiep gestuurd om bladgoud te kopen, nadat hij gelezen had over de gunstige effecten hiervan op open benen. Eén patiënt is me bijgebleven: een rasechte stadjer met een diabetische voetwond waar ik drie maanden tevergeefs naar

Aangepast van: AC de Groot. *Herinneringen van een oud-assistent. Jubileumboek Vallen en Opstaan*, Erasmus Publishing, 2013.

antondegroot@planet.nl



RINVOQ
upadacitinib

[illegible]