

1 NHG-Standaard Dermatomycosen (M64)

2 Belangrijkste wijzigingen

- 3 • Er zijn foto's van alle beschreven dermatomycosen toegevoegd aan het hoofdstuk
4 Diagnostiek.
- 5 • KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk heeft niet langer de voorkeur. Bij noodzaak
6 tot aanvullende diagnostiek wordt een kweek of PCR diagnostiek geadviseerd.
- 7 • Bij de lokale behandeling van tinea manuum, tinea pedis en tinea corporis wordt een
8 allylamine verkozen boven een imidazolderivaat in verband met de lagere
9 smeerfrequentie, kortere behandelduur en waarschijnlijk sneller herstel (bij
10 vergelijkbare kosten).
- 11 • Voor de behandeling van pityriasis versicolor zijn zowel een lokaal antimycoticum als
12 seleniumsulfideshampoo geschikt.
- 13 • Het 's nachts in laten trekken van seleniumsulfideshampoo wordt niet langer
14 aanbevolen in verband met vaak voorkomende huidirritatie.
- 15 • Bij een wens tot medicamenteuze behandeling van een onychomycose heeft een
16 oraal antimycoticum de voorkeur. Daarnaast kan miconazol nagellak overwogen
17 worden. Dit is veel minder effectief, maar heeft nauwelijks bijwerkingen en contra-
18 indicaties.
- 19 • Er is een tabel toegevoegd met contra-indicaties, interacties en bijwerkingen van
20 orale antimycotica.
- 21 • Laser- en lichttherapie zijn niet effectief als behandeling van onychomycosen.

22 Kernboodschappen

- 23 • Bij dermatomycosen kan de diagnose meestal worden gesteld op grond van het
24 klinische beeld.
- 25 • Bij twijfel over de diagnose en de noodzaak van orale behandeling is aanvullend
26 onderzoek (in de vorm van kweek of PCR-diagnostiek) van belang.
- 27 • Vrijwel alle beschikbare lokale antimycotica zijn effectief tegen schimmels en gisten.
- 28 • Bij candida-infecties hebben imidazolen de voorkeur.
- 29 • Medicamenteuze behandeling van een onychomycose om medische redenen is
30 vrijwel nooit noodzakelijk..

31 Inleiding

32 Scope

- 33 • Diagnostiek en beleid bij infecties van huid, haren en nagels door schimmels en
34 gisten

35

36 Hierbij worden dermatomycosen ingedeeld naar lokalisatie van de infectie (zie *detail 1 -*
37 *indeling van dermatomycosen*)

38 **Detail 1 – indeling van dermatomycosen**

39 **Out of scope**

- 40 • Diagnostiek en beleid bij seborroïsch eczeem, stomatitis angularis (perlèche),
41 infectieuze balanitis en luierdermatitis. Zie hiervoor de betreffende NHG
42 behandelrichtlijnen.
- 43 • Diagnostiek en beleid bij vaginale schimmelinfecties, zie hiervoor de NHG-Standaard
44 Fluor vaginalis
- 45 • Diagnostiek en behandeling van diepe infecties tot in de subcutis (diepe mycosen)

46 **Achtergronden**

47 **Begrippen**

48 **Animale (zoöfiele) dermatomycose**

49 Dermatomycose door een schimmel of gist (meestal een dermatofyt) die een dier als
50 belangrijkste gastheer heeft (ook wel een zoöfiele schimmel of gist genoemd). Animale
51 dermatomycosen worden vaak overgedragen door een huisdier of vee, maar overdracht van
52 mens op mens is ook mogelijk. Bij een animale dermatomycose is er een groter risico op het
53 ontstaan van een diepe dermatomycose.

54

55 **Dermatofyten**

- 56 • Schimmels die haren, nagels en huid kunnen binnendringen
- 57 • Oppervlakkige dermatomycosen zoals tinea pedis, tinea manuum en
58 tinea corporis worden hoofdzakelijk veroorzaakt door dermatofyten.

59

60 **Dermatomycose**

61 Zichtbare vaak schilferende huidafwijking, veroorzaakt door schimmels of gisten, soms
62 gepaard gaand met jeuk

63 **Oppervlakkige dermatomycose**

64 Schimmel- of gistinfectie van de huid die zich beperkt tot het stratum corneum.

65 **Diepe dermatomycose**

66 Infectie die zich uitbreidt tot onder het stratum corneum, meestal door ingroei in
67 follikels, vooral op het behaarde hoofd, de baardstreek, de onderarmen en de handruggen.
68 De verwekker is meestal een animale dermatofyt. Het begrip 'diepe dermatomycose'
69 verschilt van het begrip 'diepe mycose'. Laatstgenoemd begrip wordt in de dermatologie

70 gebruikt voor (tropische) schimmelinfecties van huid en dieper gelegen weefsels. Deze
71 ernstige infecties tot in de subcutis vallen buiten de scope van deze standaard.

72

73 Intertrigo (cutane candidiasis)

74 Smetplekken in huidplooiën; deze standaard beperkt zich tot intertrigo door gisten (bijv
75 *Candida*).

76

77 Ide-reactie bij dermatomycosen (mykide)

78 Overgevoeligheidsreactie op schimmelantigeen, waarbij ook huidlaesies ontstaan op een
79 andere plaats dan waar de dermatomycose is gelokaliseerd (meestal aan de zijkanten van de
80 vingers en in de handpalmen). Elk type dermatomycose kan een ide-
81 reactie oftewel mykide veroorzaken. Het klinisch beeld lijkt op dat
82 van acrovesiculeus eczeem, met erythematosquameuze of erythematovesiculeuze laesies.
83 Een ide-reactie verdwijnt bij het genezen van de dermatomycose, ook zonder specifieke
84 behandeling

85

86 Onychomycose (tinea unguium)

87 Schimmel- of gistinfectie van de nagel waarbij via de vrije nagelrand of de laterale
88 nagelranden het zachtere keratine geïnfecteerd raakt dat onder het veel hardere keratine
89 van de nagelplaat ligt. Doorgaans wordt de nagelmatrix zelf niet aangetast en blijft de nagel
90 doorgroeien. Nagels van de voet zijn meestal geïnfecteerd met schimmels en vingernagels
91 met gisten.

92

93 Pityriasis versicolor

94 Infectie veroorzaakt door een gist die gewoonlijk op de huid aanwezig is (*Malassezia furfur*),
95 maar die soms door overgroei een ontstekingsreactie kan geven in de oppervlakkige
96 huidlaag. Hierbij ontstaan grillige plekken met lichte schilfering (vooral bij strekken van de
97 huid), (lichte) jeuk en pigmentverschillen. Zowel hypo- als hyperpigmentatie komen voor. De
98 plekken komen met name voor op de romp en nek/hals.

99

100 Tinea barbae (mycotische sycosis barbae)

101 Schimmelinfectie van de baardstreek, vaak veroorzaakt door animale dermatofyten (zie
102 begrip: animale dermatomycose). Vaak gaat tinea barbae gepaard met bacteriële
103 superinfecties.

104

105 Tinea capitis

106 Schimmelinfectie van het behaarde hoofd (hoofdharen, wenkbrauwen en wimpers).

107

108 **Tinea corporis (ringworm)**

109 Zich centrifugaal uitbreidende schimmelinfectie van de huid, gelokaliseerd op gelaat, hals,
110 romp en/of extremiteiten.

111

112 **Tinea pedis (zwemmerseczeem)**

113 Schimmelinfectie van de voeten. De laesies kunnen over de gehele voet voorkomen met een
114 predispositie voor de derde en vierde interdigitale ruimte. Komt vaak samen voor met
115 onychomycose. Bij tinea pedis met mocassinpatroon zijn vooral de voetzool en voetrand
116 aangedaan.

117

118 **Epidemiologie**

- 119 • De incidentie van dermatomycosen in de huisartsenpraktijk is gemiddeld 43 per 1000
120 patiënten per jaar; dit aantal is de laatste jaren toegenomen. (Zie *detail 2 - incidentie-
121 en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk*)
- 122 • De diagnose dermatomycose wordt in de huisartsenpraktijk bij mannen en vrouwen
123 ongeveer even vaak gesteld.
- 124 • Onychomycosen en tinea pedis komen van alle dermatomycosen het meeste voor.
- 125 • De prevalentie van onychomycosen in de algemene bevolking is wereldwijd ongeveer
126 5.5% en stijgt met de leeftijd. Boven de 60 jaar kan de prevalentie oplopen tot meer
127 dan 20%. (zie *detail 3 - incidentie- en prevalentiecijfers algemene bevolking*)
- 128 • De prevalentie van tinea pedis in de algemene bevolking is waarschijnlijk ongeveer 3-
129 4%. Tinea pedis komt het meest voor bij patiënten tussen de 30 en 60 jaar oud.

130

131 ***Detail 2 – incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk***

132 ***Detail 3 – incidentie- en prevalentiecijfers algemene bevolking***

133

134 **Etiologie en pathofysiologie**

- 135 • Schimmels en gisten komen bij iedereen op de huid voor.
- 136 • Schimmels worden ingedeeld in dermatofyten (keratinofiel; kunnen haren, nagels en
137 huid binnendringen) en non-dermatofyten (veroorzaken minder vaak een
138 dermatomycose) (zie *detail 4 - verwekkers van dermatomycosen*).
- 139 • Gisten die dermatomycosen veroorzaken zijn vooral *Candida albicans* en *Malassezia*
140 *furfur* (zie *detail 4 - verwekkers van dermatomycosen*).

141

142 ***Detail 4 – verwekkers van dermatomycosen***

143

144 Risicofactoren voor dermatomycosen:

- 145 • Factoren die de barrièrefunctie van de huid aantasten (zie *detail 5 -barrièrefunctie van de*
146 *huid en dermatomycosen*), zoals:
 - 147 ○ langdurig contact met water (bijvoorbeeld bij lang douchen)
 - 148 ○ occlusie van de huid, bijvoorbeeld door afsluitend schoeisel of in huidplooiën
 - 149 ○ hyperhidrose
- 150 • Pre-existente huidaandoeningen zoals psoriasis of andere dermatomycosen (zie *detail 6 -*
151 *andere huidaandoeningen en dermatomycosen*)
- 152 • Een verminderde functie van het immuunsysteem (zie *detail 7 - het immuunsysteem en*
153 *mycosen*), bijvoorbeeld bij:
 - 154 ○ ouderen
 - 155 ○ comorbiditeit die immunodeficiëntie veroorzaakt (bijvoorbeeld HIV-infectie,
156 oncologische pathologie)
 - 157 ○ immunosuppressieve medicatie (bijvoorbeeld cytostatica, chronisch
158 corticosteroïden gebruik)
- 159 • Chronische veneuze insufficiëntie en perifeer arterieel vaatlijden (zie *detail 8 -vaatlijden*
160 *en dermatomycosen*) Diabetes Mellitus (zie *detail 9 - Diabetes Mellitus en*
161 *dermatomycosen*)
- 162 • Contact met besmettingsbronnen (zie *detail 10 - besmettingsbronnen*), zoals:
 - 163 ○ besmette huisgenoten of klasgenoten
 - 164 ○ intensief contact met dieren (vee, huisdieren)
 - 165 ○ gebruik van gemeenschappelijke kleedkamers, doucheruimten, zwembaden

166

167 ***Detail 5 – barrièrefunctie van de huid en dermatomycosen***

168 ***Detail 6 – andere huidaandoeningen en dermatomycosen***

169 ***Detail 7 – het immuunsysteem en mycosen***

170 ***Detail 8 – vaatlijden en dermatomycosen***

171 ***Detail 9 – Diabetes mellitus en dermatomycosen Detail 10 – besmettingsbronnen***

172

173 Prognose

- 174 • Sommige dermatomycosen recidiveren frequent (met name onychomycosen, tinea
175 pedis en pityriasis versicolor)
- 176 • Een ide-reactie verdwijnt bij het genezen van de dermatomycose, ook zonder
177 specifieke behandeling.
- 178 • Een onychomycose geneest vrijwel nooit spontaan (zie *detail 11 - prognose*
179 *dermatomycosen*)

- 180 • Bij progressie van een onychomycose kunnen de nagels dikker worden en
181 kan onycholyse optreden.

182

183 **Detail 11 – prognose dermatomycosen**

184 Diagnostiek

185

186 Het vermoeden dat er sprake is van een dermatomycose ontstaat op grond van
187 kenmerkende huidafwijkingen, die frequent gepaard gaan met jeuk.

188 Anamnese

189 Vraag naar:

- 190 • lokalisatie, duur en beloop van de huidafwijkingen
191 • aanwezigheid van klachten (doorgaans jeuk, soms pijn)
192 • mate van hinder
193 • afwijkingen elders aan huid, haar of nagels
194 • contact met besmettingsbronnen (zwembaden, kleedkamers, besmette huis- of
195 klasgenoten, (huis)dieren)
196 • eerdere episoden met beloop en eventuele behandeling daarvan
197 • zelf toegepaste behandelingen (lokale antimycotica zijn vrij verkrijgbaar)

198

199 Lichamelijk onderzoek

- 200 • Inspecteer de aangedane huiddelen:
201 ○ let daarbij op de lokalisatie
202 ○ beoordeel de efflorescenties (tabel 1)
203 • Ga zo nodig na of ook elders op het lichaam huidafwijkingen aanwezig zijn (bijvoorbeeld
204 als gedacht wordt aan een ide-reactie aan de handen in combinatie met tinea pedis).

205

206 Aanvullend onderzoek

207 Bij dermatomycosen kan de diagnose meestal á vue gesteld worden en is aanvullende
208 diagnostiek niet nodig.

209 Overweeg laagdrempelig aanvullend onderzoek in de volgende gevallen (zie *detail 12 –*
210 *indicaties aanvullende diagnostiek bij dermatomycosen*):

- 211 • Diagnostische twijfel
212 • Geen of onvoldoende effect van de ingestelde behandeling
213 • Vermoeden van een diepe dermatomycose:
214 ○ tinea capitis
215 ○ tinea barbae
216 ○ animale dermatomycose

217

218 Als aanvullend onderzoek geïndiceerd is:(zie *detail 13 - aanvullende diagnostiek bij*
219 *dermatomycosen*)

- 220 • Verricht bij een indicatie voor aanvullende diagnostiek een mycologische kweek of
221 PCR (afhankelijk van de beschikbaarheid bij het betreffende microbiologische
222 laboratorium).
 - 223 ○ Zie kader 1 voor instructies voor afname van materiaal ten behoeve van
224 kweek of PCR.
 - 225 ○ Houd er rekening mee dat in de 2-4 weken voorafgaand aan materiaalafname
226 géén antimycotium gebruikt mag zijn.
- 227 • KOH-diagnostiek in de huisartsenpraktijk heeft niet langer de voorkeur in verband
228 met een hoger risico op fout negatieve uitslagen en veel praktische knelpunten
229 rondom de uitvoering.
 - 230 ○ Wanneer er toch voor KOH-diagnostiek gekozen wordt (bijvoorbeeld om
231 kosten voor de patient te voorkomen) moet vanwege de aanzienlijke kans op
232 fout negatieve uitslagen bij een negatieve uitslag alsnog aanvullende
233 diagnostiek in de vorm van een kweek of PCR verricht worden.

234

235 Zie kader 1 voor instructies voor afname van materiaal ten behoeve van kweek of PCR. Houd
236 er rekening mee dat in de 2-4 weken voorafgaand aan materiaalafname géén antimycotium
237 gebruikt mag zijn.

238

239 **Geen indicatie aanvullend onderzoek**

240 Bij een duidelijk klinisch beeld van een tinea pedis met mocassinpatroon of een
241 onychomycose is het op voorhand niet nodig aanvullend onderzoek te verrichten, ondanks
242 dat deze aandoeningen (net als de diepe dermatomycosen) met orale antimycotica
243 behandeld moeten worden. De aandoeningen komen namelijk vaak voor en zijn door de
244 huisarts doorgaans goed te herkennen. Uiteraard is het wel van belang het effect van de
245 behandeling te evalueren (zie *Controles*).

246

247

248

249

Kader 1: afname van materiaal voor kweek of PCR

Huidschilfers

Benodigdheden

1. Steriele container.
2. Voorwerpglasje(s).

3. Alcohol 70%.
4. Steriele gaasjes.
5. Splinterpincet / scalpel.

Werkwijze

1. Reinig de aangetaste huid met 70% alcohol, bij voorkeur met een gaasje (niet met watten).
2. Verzamel huidschilfers zoveel mogelijk op de grens van ziek en gezond weefsel: trek met een pincet liefst hele kleine schilfertjes los aan de rand van de huidlaesie (randschilfers). Gebruik zo nodig een scalpel in plaats van een pincet: druk een voorwerpglasje tegen de huid vlak onder de laesie en krab voorzichtig met een scalpel (of een tweede glasje) schilfers van de laesierand. Dek het verzamelde materiaal direct af met een voorwerpglasje tegen verspreiding of vang het direct op in de container.
3. Plaats het verzamelde materiaal in de container en sluit deze goed af.

Nagel

Benodigdheden

1. Steriele container.
2. Alcohol 70%.
3. Steriele gaasjes.
4. Steriele schaar.

Werkwijze

1. Reinig de nagel met alcohol 70%.
2. Verwijder het aangetaste nageldeel zodanig, dat materiaal van de grens met het gezonde nageldeel wordt afgenomen: maak inkepingen in de nagel en knip het aangetaste nageldeel uit. Als dit niet mogelijk is dan materiaal afschrapen van de onderzijde van de nagel.
3. Plaats het verkregen materiaal in de container en sluit deze goed af.

Haren

Benodigdheden

1. Steriele container.
2. Steriele pincet.

Werkwijze

1. Trek met een pincet meerdere haren uit (niet knippen!), bij voorkeur grauwe, doffe, eventueel afgebroken, exemplaren.
2. Aanwezige schilfers aan de rand van de laesie lostrekken.

3. Plaats het verkregen materiaal in de container en sluit deze goed af.

Aanvraagformulier:

Geef op het aanvraagformulier voor het microbiologisch laboratorium duidelijke informatie over de volgende zaken:

- Lokalisatie van het afgenomen materiaal
- Beschrijving klachten en klinisch beeld
- Evt. reeds toegepaste behandelingen
- Vraagstelling

Werkwijze

4. Trek met een pincet meerdere haren uit (niet knippen!), bij voorkeur grauwe, doffe, eventueel afgebroken, exemplaren.
5. Aanwezige schilfers aan de rand van de laesie lostrekken.
6. Plaats het verkregen materiaal in de container en sluit deze goed af.

Aanvraagformulier:

Geef op het aanvraagformulier voor het microbiologisch laboratorium duidelijke informatie over de volgende zaken:

- Lokalisatie van het afgenomen materiaal
- Beschrijving klachten en klinisch beeld
- Eventueel reeds toegepaste behandelingen
- Vraagstelling

Lokalisatie	Kenmerken	Diagnose	Belangrijkste differentiaaldiagnosen
Behaarde hoofdhuid	Verskillende verschijningsvormen, van schilferende, grijswitte, soms rode nummulaire laesies met loszittende of afgebroken haren, tot korstvorming en vorming van abcederende en vaak fluctuerende infiltraten bij uitbreiding naar diepere huidlagen ('kerion Celsi'), vooral bij kinderen	Tinea capitis [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Bacteriële huidinfectie Alopecia areata (geen roodheid of schilfering) Psoriasis (geen haarverlies) Trichotillomanie (haren in lengte wisselend) Seborroïsch eczeem (gele vette schilfering, geen duidelijk haarverlies) Lichen planopilaris
Baardstreek	Ronde, rode, schilferende plekken met losse haarstompjes en pustels, soms confluërend tot abcederende infiltraten ('kerion Celsi'). Vaak gezwollen lymfeklieren.	Tinea barbae [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Folliculitis barbae (haren niet aangetast) Pseudofolliculitis barbae (ingegroeide baardharen)
Gelaat, hals, extremiteiten	Soms een ulcus, soms jeukende, erythematuze zwelling met pustels en/of haaruitval, (indirect) contact met dieren	Animale dermatomycose [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Bacteriële huidinfectie (geen jeuk of haaruitval)
Hals, romp, extremiteiten	Grillig gevormde plekken met afwijkende pigmentatie (donkere plekken op een lichte huid, lichte plekken op een donkere huid), niet vochtig, fijne schilfering (bij strektest huid schilfering opwekbaar), vaak recidiverend	Pityriasis versicolor [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Vitiligo (depigmentatie, geen schilfering) Progressieve maculaire hypomelanose
Gelaat, hals, romp, extremiteiten	Zich centrifugaal uitbreidende, scherp begrensde roodheid met schilfering en randactiviteit, meestal centrale genezing	Tinea corporis ('ringworm') [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Pityriasis rosea (plaque mère) Pityriasis alba (minder pigment, vooral bij kinderen) Erythema migrans (annulair of homogeen erytheem, geen schilfering) Erythema anulare centrifugum (urticariële ringen) Seborroïsch eczeem Psoriasis vulgaris (zilverwitte schilfering) Nummulair eczeem
Huidplooien, luiergebied	Felrode, nattende, scherpbegrensde plekken met randschilfering, jeuk en satellietvorming ('eilandjes voor de kust': zeer specifiek)	Intertrigo door <i>Candida</i> [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Psoriasis Erythrasma (roodbruin) Eczeem Lichen Sclerosus Lichen planus
Hand en vingers (exclusief nagels)	Roodheid met schilfering, jeuk, soms vesikels, meestal asymmetrisch	Tinea manuum [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Ide-reactie (vooral vesikels) Contactallergisch of constitutioneel eczeem (polymorfe eruptie) Tyloïsch eczeem (ook wel eczema hyperkeratoticum et rhagadiforme) Acrovesiculeus eczeem Granuloma anulare (anulair gerangschikte rode papels) Eczema nummulare
Voet en tenen (exclusief nagels)	Rode schilferende plek(ken) met blaasjes en pustels op voetzool en voetrand of maceratie en kloofjes interdigitaal, vooral tussen vierde en vijfde teen	Tinea pedis [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> (Contactallergisch) eczeem (geen interdigitaal afwijkingen) Acrovesiculeus eczeem Verwekte clavus
Voetzool en voetrand	Sterk verdikte hoornlaag met fissuren en fijne schilfering, kenmerkend patroon op voetzool en hiel	Tinea pedis met mocassinpatroon [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Psoriasis Contactallergisch of constitutioneel eczeem Tyloïsch eczeem <i>Pitted keratolysis</i> Pustulosis palmaris et plantaris (ziekte van Andrews-Barber) Lichen palmoplantaris
Nagels	Meestal van distaal-lateraal naar proximale uitbreidende witgele verkleuring met hyperkeratose onder de nagel. Als er naast verkleuring ook paronychia	Onychomycose [link foto] [link naar behandeling]	<ul style="list-style-type: none"> Dystrofische nagel (spontane genezing) Traumatische nagelafwijkingen Psoriasisnagels (putjes, olievlekfenomeen)

	bestaat (in het bijzonder aan de vingers) is een Candida-infectie zeer waarschijnlijk		<ul style="list-style-type: none">• Lichen planus• Verruca vulgaris van het nagelbed• Pseudomonas infectie
--	---	--	--

250

251 **Detail 12 – indicaties aanvullende diagnostiek bij dermatomycosen**

252 **Detail 13 - aanvullende diagnostiek bij dermatomycosen**

253 Evaluatie

254 Aan de hand van de lokalisatie van de afwijkingen zijn in tabel 1 de voornaamste
255 diagnostische kenmerken weergegeven, evenals de belangrijkste alternatieve diagnoses die
256 kunnen worden overwogen. In veel gevallen is de diagnose a vue te stellen (bijvoorbeeld bij
257 pityriasis versicolor of tinea pedis), in andere gevallen kan het beeld onduidelijker zijn
258 (bijvoorbeeld bij tinea barbae of onychomycosen). Zie voor het beleid bij diagnostische
259 twijfel *Diagnostiek – aanvullend onderzoek*.

260 Tabel 1 Diagnostiek van dermatomycosen

261

262 Beleid

263

264 Tinea (pedis, manuum, corporis), intertrigo door Candida

265 Voorlichting en advies

- 266 • Leg uit dat deze dermatomycosen doorgaans onschuldig zijn.
- 267 • Geef de volgende adviezen, gebaseerd op etiologische en pathofysiologische
268 overwegingen (zie Etiologie en Pathofysiologie):
 - 269 ○ vermijd factoren die maceratie van de huid bevorderen (warmte, vocht en
270 wrijving)
 - 271 ○ draag bij voorkeur ruim zittende kleding, katoenen ondergoed en katoenen
272 sokken
 - 273 ○ verschoon kleding dagelijks
 - 274 ○ gebruik bij het afdrogen een aparte handdoek voor het aangedane gebied,
275 verwissel de handdoek regelmatig
 - 276 ○ draag badslippers in gemeenschappelijke doucheruimten

277

278 *Thuisarts*

279 Verwijs naar de informatie op Thuisarts.nl. De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op
280 deze NHG-Standaard.

281

282 Medicamenteuze behandeling

283 Medicamenteuze behandeling tinea manuum, tinea corporis en intertrigo (Zie *Detail 14 - Lokale*
284 *behandeling tinea manuum, tinea corporis en intertrigo*)

- 285 • Behandel tinea manuum, tinea corporis en intertrigo door *Candida* met een
286 lokaal antimycoticum:
- 287 ○ Bij tinea manuum en corporis is een lokaal allylamine overwegend 1^e keus
288 (vanwege kortere behandelduur en lagere smeerfrequentie)
- 289 ○ Bij intertrigo door *Candida* is een lokaal imidazoolpreparaat overwegend 1^e
290 keus (vanwege mogelijk grotere effectiviteit bij *Candida*-infecties in vitro)
- 291 • Zie voor middelen, doseringen, behandelduur en controles Praktische adviezen bij tinea
292 (pedis, manuum, corporis) en intertrigo (LINK).

293

294 ***Detail 14 - Lokale behandeling tinea manuum, tinea corporis en intertrigo***

295

296 Medicamenteuze behandeling tinea pedis (zie *Detail 15 – Lokale behandeling tinea pedis*)

- 297 • Behandel tinea pedis met een lokaal antimycoticum:
- 298 • Overweeg als 1e keus een lokaal allylamine (in verband met lagere
299 smeerfrequentie en waarschijnlijk sneller herstel)
- 300 • Overweeg als 2^e keus een lokaal imidazol
- 301 • Zie voor middelen, doseringen, behandelduur en controles Praktische adviezen bij tinea
302 (pedis, manuum, corporis) en intertrigo (LINK).

303

304 ***Detail 15 – Lokale behandeling tinea pedis***

305

306 Praktische adviezen bij tinea (pedis, manuum, corporis) en intertrigo (zie *Detail 16 –*
307 *Voorkeursmiddelen lokale antimycotica, Detail 17 - Marge van aanbrengen, Detail 18 –*
308 *Resistentiepatronen*)

- 309 • Zie voor voorkeursmiddelen, dosering en behandelduur tabel 2.
- 310 • Instrueer de patiënt de crème tot circa 2 cm buiten het aangedane huidgedeelte aan te
311 brengen.
- 312 • Adviseer de patiënt terug te komen als na de maximale behandelduur de huidafwijking
313 niet genezen is, of eerder als de huidafwijking verergert.
- 314 • Bij onvoldoende effect ondanks goede therapietrouw en adequate behandelduur:
- 315 ○ heroverweeg de diagnose en neem bij twijfel over de diagnose een kweek
316 of PCR af (zie Diagnostiek)
- 317 ○ overweeg, wanneer er geen twijfel is over de diagnose, een middel uit een
318 van de andere geneesmiddelgroepen voor te schrijven. Resistentie tegen
319 lokale antimycotica komt overigens nog weinig voor (zie *detail 18 -*
320 *resistentiepatronen*)

321

322 **Detail 16 – Voorkeursmiddelen lokale antimycotica**

323 **Detail 17 - Marge van aanbrengen**

324 **Detail 18 – Resistentiepatronen**

325

326 **Tabel 2 Lokale antimycotica**

Tabel 2: Lokale antimycotica			
Groep	Voorkeursmiddelen	Gebruik	Behandelduur
Imidazoolderivaat	Miconazol crème 20mg/g* Ketoconazol crème 20mg/g Sulconazol crème 10mg/g	1-2 dd	Behandeling voortzetten tot 1 week na het verdwijnen van huidafwijking (meestal na 2-6 weken)
Allylamine	Terbinafine crème 10mg/g	1 dd	1 – 2 weken

327 * Gebruik van vitamine K-antagonisten is een contra-indicatie voor miconazol crème

328

329 Medicamenteuze behandeling tinea pedis met mocassinpatroon (zie *Detail 19 - Behandeling tinea pedis met mocassinpatroon*)

331 • Leg uit dat bij de behandeling van tinea pedis met mocassinpatroon orale behandeling de voorkeur heeft, omdat de dikkere huid rondom de voetzool ervoor zorgt dat diepere huidlagen met een lokaal antimycoticum onvoldoende worden bereikt.

334 • Behandel tinea pedis met mocassinpatroon met oraal terbinafine, 250 mg
335 1 dd gedurende 14 dagen.

336 • Evalueer na 14 dagen het effect van de behandeling.

337 Zie voor overzicht van belangrijkste contra-indicaties, interacties en bijwerkingen van
338 oraal terbinafine tabel 3. Zie voor specifieke informatie over (mogelijke)
339 leveraandoeningen als contra-indicatie voor orale antimycotica het hoofdstuk
340 *Onychomycosen – orale behandeling*.

341 **Detail 19 - Behandeling tinea pedis met mocassinpatroon**

342

343 Medicamenteuze behandeling recidieven (zie *Detail 20 - Profylaxe bij tinea pedis*).

344 • Recidieven komen met name bij tinea pedis frequent voor.

345 • Er is geen bezwaar tegen herhaling van het lokale antimycoticum waarmee in eerdere
346 episodes genezing werd bereikt. Wees terughoudend met profylactisch gebruik van
347 lokale antimycotica bij recidiverende tinea pedis

348

349 **Detail 20 - Profylaxe bij tinea pedis**

350

351 *Combinatiepreparaten corticosteroid/imidazool (zie Detail 21 - Combinatietherapie*
352 *dermatomycosen)*

- 353 • Wees terughoudend met het voorschrijven van een corticosteroid/imidazool
354 combinatie bij dermatomycosen.
- 355 • Overweeg alleen bij diagnostische twijfel waarbij er geen noodzaak is tot
356 aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld bij een milde huidafwijking en twijfel tussen
357 de diagnosen dermatomycose en eczeem) kortdurend (5-10 dagen) het
358 voorschrijven van een lokale corticosteroid/imidazool combinatie (off-label,
359 bijvoorbeeld miconazol/hydrocortison crème 20mg/10mg/g 1-2x per dag).
- 360 • Instrueer de patient om bij onvoldoende effect van deze behandeling terug te
361 komen voor evaluatie.

362

363 ***Detail 21 - Combinatietherapie dermatomycosen***

364

365 **Pityriasis versicolor**

366 **Voorlichting en advies**

367 Leg uit dat:

- 368 • Pityriasis versicolor wordt veroorzaakt door een gist die gewoonlijk op de huid aanwezig
369 is, maar soms de bovenste laag van de huid aantast.

370

371 Leg ten aanzien van eventuele behandeling uit dat:

- 372 • De gist door behandeling gedood wordt, zodat er geen nieuwe plekken ontstaan.
- 373 • De lichte schilfering bij pityriasis versicolor meestal al na enkele dagen verdwijnt. De
374 vlekjes blijven echter 3-4 maanden zichtbaar.
- 375 • Het blootstellen van de huid aan zonlicht kan het verdwijnen van de vlekjes versnellen.
- 376 • Recidieven (ondanks behandeling) vaak voorkomen, waarbij opnieuw lichte schilfering
377 optreedt.

378

379 **Thuisarts**

380 Verwijs naar de informatie over pityriasis versicolor op Thuisarts.nl. De informatie op
381 Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Standaard.

382

383 **Medicamenteuze behandeling**

- 384 • Wanneer er gekozen wordt voor behandeling van pityriasis versicolor gelden de
385 volgende overwegingen:
 - 386 ○ lokale antimycotica, seleniumsulfide en orale antimycotica zijn alle drie effectief.
387 (zie *Detail 22 – behandeling pityriasis versicolor*)
 - 388 ○ Omdat de effectiviteit van de behandelingen onderling weinig verschilt gaat de
389 voorkeur uit naar lokale behandelingen (lokale antimycotica en seleniumsulfide),

390 omdat die minder bijwerkingen geven. (zie *detail 22 – behandeling pityriasis*
391 *versicolor*)

392 ○ De keuze tussen lokale antimycotica en seleniumsulfide wordt o.a. bepaald door
393 de voorkeur van de patient, effectiviteit van eerdere behandeling(en) en
394 uitbreidheid van de huidafwijkingen.

395 Volg bij de behandeling van pityriasis versicolor het volgende stappenplan:

396 **Stap 1**

397 • Overweeg bij de behandeling van pityriasis versicolor:

398 ○ een lokaal imidazol of allylamine (zie tabel 2) gedurende 2 weken.

399 *ó*

400 ○ seleniumsulfideshampoo 2,5% 1 dd op de aangedane plekken gedurende 7 dagen

401 ○ Spoel na 10 minuten grondig af

402 **Stap 2**

403 • Ga bij onvoldoende resultaat als 2^e stap over op één van de andere methodes (lokaal
404 imidazol, allylamine of seleniumsulfide).

405 **Stap 3**

406 • Overweeg alleen orale behandeling bij onvoldoende effect van lokale behandelingen of
407 recidiverende pityriasis versicolor.

408 • Maak samen met de patiënt een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen van orale
409 behandeling

410 • Wees alert op contra-indicaties en interacties en geef adequate voorlichting hierover (zie
411 tabel 3). Zie voor specifieke informatie over (mogelijke) leveraandoeningen als contra-
412 indicatie voor orale antimycotica het hoofdstuk *Onychomycosen – orale behandeling*.

413 • Geeft bij wens tot orale behandeling itraconazol capsules, 200 mg 1 dd gedurende 7
414 dagen.

415

416 **Preventie van recidieven**

417 • Overweeg ter preventie van frequente recidieven maandelijkse herhaling van de lokale
418 of orale behandeling: (zie *detail 23 – preventie van recidieven bij pityriasis versicolor*).

419 ○ seleniumsulfideshampoo op de eerste en derde dag van de maand gedurende 6
420 maanden

421 *of*

422 ○ itraconazol capsules 200mg, 2 dd op één vaste dag per maand gedurende 6
423 maanden (off-label)

424

425 ***Detail 22 - behandeling pityriasis versicolor***

426 ***Detail 23 – preventie van recidieven bij pityriasis versicolor***

427

428 Onychomycosen

429 Voorlichting en advies

430 • Leg uit dat:

- 431 ○ onychomycosen doorgaans onschuldig zijn; meestal is behandeling niet nodig.
- 432 ○ mechanische bezwaren kunnen worden behandeld door de nagels te vijlen of bij
- 433 te werken met een puimsteen
- 434 ○ cosmetische bezwaren te behandelen zijn met gewone nagellak.

435 • Leg ten aanzien van eventuele behandeling uit dat:

- 436 ○ een eventuele behandeling meerdere maanden duurt
- 437 ○ behandeling niet altijd (orale antimycotica) of meestal niet (lokale antimycotica)
- 438 leidt tot herstel.

439

440 *Thuisarts*

441 Verwijs naar de informatie op Thuisarts.nl. De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op
442 deze NHG-Standaard.

443

444 Medicamenteuze behandeling

445 • Bij onychomycosen vormen orale antimycotica de meest effectieve beschikbare
446 behandeling.

447 • Als 2^e keus is lokale behandeling met imidazool nagellak te overwegen als alternatief
448 (bijvoorbeeld bij contra-indicaties voor orale antimycotica).

449

450 • Bespreek met patiënten die behandeling van een onychomycose wensen de voor- en
451 nadelen van behandeling met antimycotica.

452 **Orale antimycotica:**

- 453 ○ Behandeling geeft 50-75% kans op genezing
- 454 ○ De behandelduur is 3 maanden (daarna groeit de nagel nog verder uit, dus het
- 455 definitieve behandelresultaat is pas na 9 maanden te beoordelen)
- 456 ○ Bijwerkingen (zoals: maagdarmklachten, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijn en
- 457 huidreacties) komen regelmatig voor

458 **Lokale antimycotica:**

- 459 ○ Alleen van lokale behandeling met miconazol (nagellak) is enige effectiviteit
- 460 aangetoond, deze behandeling geeft 17% kans op genezing
- 461 ○ De behandelduur is 0,5 tot 1 jaar (tot genezing is opgetreden)
- 462 ○ Er zijn nauwelijks bijwerkingen
- 463 ○ Gelijktijdig gebruik van vitamine K-antagonisten is een contra-indicatie

464

465 *Orale antimycotica*

466 • De volgende adviezen gelden voor behandeling van een onychomycose met orale
467 antimycotica: (zie *detail 24 - orale behandeling onychomycosen*):

- 468 ○ bij bekende kweek- of PCR-uitslag:

- 469 ▪ kies het middel op geleide van de kweekuitslag/PCR uitslag, dus
- 470 terbinafine bij een schimmel, itraconazol bij een gist (tenzij er contra-
- 471 indicaties of interacties zijn)
- 472 ○ Overweeg zonder bekende kweek- of PCR-uitslag:
- 473 ▪ bij teennagels als 1^e keus oraal terbinafine (bij contra-indicatie of
- 474 interacties oraal itraconazol)
- 475 ▪ bij vingernagels als 1^e keus oraal itraconazol (bij contra-indicaties of
- 476 interacties oraal terbinafine)
- 477 • Dosering terbinafine:
- 478 ○ Terbinafine tablet 250 mg, 1 dd 1, gedurende 3 maanden (vingernagels 6 weken)
- 479 ○ Bij een eGFR van 10-50 is halvering van de dosering nodig (terbinafine tablet
- 480 125mg, 1 dd 1)
- 481 • Dosering itraconazol:
- 482 ○ Itraconazol capsule 100 mg:
- 483 ▪ continu: 1 dd 2 capsules, gedurende 3 maanden
- 484 ó
- 485 ▪ pulse: 2 dd 2 capsules gedurende 1 week, gevolgd door een
- 486 behandelingsvrij interval van 3 weken; herhaal de pulsebehandeling
- 487 tweemaal
- 488 • Zie voor overzicht van belangrijkste contra-indicaties, interacties en bijwerkingen van
- 489 oraal terbinafine en itraconazol tabel 3.
- 490 • Een leveraandoening is een van de absolute contra-indicaties voor orale antimycotica
- 491 • We raden we behandeling van een onychomycose met orale antimycotica óók af bij
- 492 vermoeden van een leveraandoening, reeds vastgestelde verhoogde leverenzymen of
- 493 levertoxiciteit door medicatie in de voorgeschiedenis (relatieve contra-indicaties). In
- 494 deze gevallen weegt het risico van behandeling doorgaans niet op tegen de baten bij
- 495 deze relatief onschuldige aandoening.
- 496 • Bij een patient die in aanmerking komt voor behandeling met orale antimycotica (en bij
- 497 wie er dus geen sprake is van contra-indicaties) is voorafgaande controle van de
- 498 leverfunctie niet geïndiceerd.
- 499 • Instrueer de patiënt om:
- 500 ○ onmiddellijk contact op te nemen bij tekenen van levertoxiciteit (anorexia,
- 501 misselijkheid, braken, vermoeidheid, buikpijn of donkere urine).
- 502 ○ contact op te nemen bij hinderlijke bijwerkingen
- 503 • Staak bij tekenen van levertoxiciteit onmiddellijk de behandeling en controleer de
- 504 leverfunctie (ALAT).
- 505
- 506 • Stop het orale antimycoticum altijd na 3 maanden (ongeacht het klinisch beeld).
- 507 ○ Bij geen zichtbaar effect: heroverweeg de diagnose onychomycose. Verwijs bij
- 508 twijfel over de diagnose naar de dermatoloog (of vraag een teledermatologie
- 509 consult aan). Verricht bij zekerheid over de diagnose een kweek of PCR om de
- 510 verwekker te achterhalen voor gerichte behandeling (zie *Diagnostiek*).
- 511 ○ Bij onvolledige genezing: wacht 9 maanden de nawerking af alvorens een nieuwe
- 512 kuur te starten.

513
 514
 515
 516

Detail 24 - orale behandeling onychomycosen

Tabel 3: belangrijkste contra-indicaties, interacties en bijwerkingen orale antimycotica

Middel	Belangrijkste contra-indicaties	Belangrijkste interacties	Belangrijkste bijwerkingen
terbinafine tablet	<p>Absolute contra-indicatie:</p> <p>Leveraandoeningen (cirrose, actieve of chronische leverziekte)</p> <p>Zwangerschap en lactatie</p> <p>Relatieve contra-indicatie:</p> <p>Vermoeden van een leveraandoening</p> <p>Reeds vastgestelde verhoogde leverenzymen</p> <p>Levertoxiciteit door medicatie in de voorgeschiedenis</p> <p>Comorbide psoriasis of lupus erythematodes</p>	<p>Verhoging van de concentratie van, onder andere:¹</p> <p>Metoprolol</p> <p>Risperidon</p> <p>Tamoxifen</p> <p>Tricyclische antidepressiva</p> <p>Venlafaxine</p> <p>Carbamazepine</p>	<p>Zeer vaak (>10%):-</p> <ul style="list-style-type: none"> - maagdarmklachten (opgezet gevoel, buikpijn, misselijkheid), - hoofdpijn - spier- en gewrichtspijn - huidreacties <p>Vaak (1-10%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - duizeligheid - smaakverlies (meestal reversibel) - stijging leverenzymen (meestal reversibel) <p>Zelden (0,01-0,1%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - levertoxiciteit
itraconazol capsule	<p>Absolute contra-indicatie:</p> <p>Leveraandoeningen (cirrose, actieve of chronische leverziekte)</p> <p>Aangeboren lang-QT-intervalsyndroom</p> <p>Hartfalen</p> <p>Zwangerschap en lactatie</p> <p>Relatieve contra-indicatie:</p> <p>Vermoeden van een leveraandoening</p> <p>Reeds bekende verhoogde leverenzymen</p> <p>Levertoxiciteit door medicatie in de voorgeschiedenis</p>	<p>Verhoging concentratie van, onder andere:¹</p> <p>Anticoagulantia (DOAC's, vitamine K-antagonisten)</p> <p>Benzodiazepineagonisten (alprazolam, midazolam)</p> <p>Calciumantagonisten</p> <p>Colchicine</p> <p>Digoxine</p> <p>Fenytone</p> <p>Opioiden (fentanyl, oxycodon)</p> <p>Statines (simvastatine, atorvastatine)</p> <p>Tyrosinekinaseremmers en andere chemotherapeutica (zoals vincristine)</p> <p>Afname concentratie itraconazol bij gelijktijdig gebruik met:²</p>	<p>Vaak (1-10%):-</p> <ul style="list-style-type: none"> - maagdarmklachten (opgezet gevoel, buikpijn, misselijkheid), - hoofdpijn - huidreacties - duizeligheid - smaakverlies (meestal reversibel) - stijging leverenzymen (meestal reversibel) <p>Zelden (0,01-0,1%):</p> <ul style="list-style-type: none"> - levertoxiciteit - gehoorverlies (permanent of reversibel)

		Carbamazepine	
		Fenytoïne	

517 ¹ Vermijd gelijktijdig gebruik met deze middelen. Als dit niet te voorkomen is: houd rekening met versterkte
518 werkzaamheid en meer bijwerkingen/toxiciteit van deze middelen. Maak een afweging van de voor en nadelen hiervan,
519 zo nodig met behulp van het Farmacotherapeutisch Kompas of overleg met een apotheker of voorschrijvend specialist.
520 Neem bij vitamine K-antagonisten contact op met de trombosedienst.
521 ² Vermijd gelijktijdig gebruik met deze middelen. Als dit niet te voorkomen is: houd rekening met een verminderd
522 behandelresultaat van itraconazol. Heroverweeg de behandelindicatie en het middel.
523

524 **De inhoud van deze tabel is gebaseerd op gegevens uit de KNMP kennisbank. De lijst met gepresenteerde**
525 **middelen is niet volledig, in de tabel worden alleen de middelen genoemd die regelmatig in de**
526 **huisartsenpraktijk voorgeschreven worden. Raadpleeg voor een volledig overzicht farmacotherapeutisch**
527 **kompas (link) of een apotheker.**

528

529 Lokale antimycotica

- 530
- 531 • Start bij keuze voor lokale behandeling van onychomycosen met miconazol nagellak
532 20mg/ml, 1-2 maal daags tot er een hele gezonde nagel is uitgegroeid. (zie *detail 25*
533 – *lokale antimycotica bij onychomycosen*)
 - 534 • Adviseer de patiënt indien na 2 maanden nog geen verbetering is opgetreden de
535 behandeling te staken.

535

536 **Detail 25 - lokale antimycotica bij onychomycosen**

537

538 Chemische of chirurgische nagelextractie bij onychomycosen

- 539
- 540 • We bevelen chirurgische nagelextractie niet aan als behandeling voor
541 onychomycosen. (zie *detail 26 – chemische of chirurgische nagelextractie bij*
542 *onychomycosen*)
 - 543 • Overweeg chemische nagelextractie alléén in combinatie met een lokaal
544 antimycoticum wanneer orale behandeling geen optie is (door bijvoorbeeld
545 interacties, bijwerkingen of contra-indicaties) én als eerdere adequaat uitgevoerde
546 behandeling met miconazol nagellak geen effect heeft gehad. (zie *detail 26 –*
547 *chemische of chirurgische nagelextractie bij onychomycosen*)
 - 548 • Chemische nagelextractie bestaat uit ureumzalf 40% 1 dd gedurende 3 weken in
549 combinatie met nabehandeling van het nagelbed met een lokaal antimycoticum (Zie
550 tabel 2).
 - 551 • Bescherm de omliggende huid gedurende de behandeling met bijvoorbeeld
552 zinkoxide zalf

552

553 **Detail 26 - chemische of chirurgische nagelextractie bij onychomycosen**

554

555 Laser en lichttherapie

- 556
- 557 • We bevelen laser- en lichttherapie niet aan als behandeling van onychomycosen. (zie
558 *detail 27 - laser- en lichttherapie bij onychomycosen*)

558

559 **Detail 27 - laser- en lichttherapie bij onychomycosen**

560

561 **Diepe dermatomycosen (animale mycosen, tinea capitis en tinea barbae)**

562

563 **Voorlichting en advies**

- 564 • Leg uit dat diepe dermatomycosen vaak worden veroorzaakt door besmetting via een
565 (huis)dier.
566 • Adviseer het betreffende dier te laten beoordelen door de dierenarts

567

568 **Thuisarts**

569 Verwijs naar de informatie over diepe dermatomycosen op Thuisarts.nl. De informatie op
570 Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Standaard.

571

572 **Medicamenteuze behandeling**

- 573 • De behandeling van diepe dermatomycosen wordt uitgevoerd door huisarts of
574 dermatoloog.
575 • Verricht bij verdenking op een diepe dermatomycose altijd een kweek of PCR
576 diagnostiek. (Zie *Diagnostiek*)
577 • Start in verband met de ernst van de aandoening (in afwachting van de kweek/PCR
578 uitslag) direct met antimycotische behandeling gericht op dermatofyten (de meest
579 voorkomende verwekkers van diepe dermatomycosen). (zie *detail 28 - behandeling diepe
580 dermatomycosen*)
- 581 ○ Schrijf terbinafine tabletten 250mg 1 dd 1 voor gedurende één maand.
 - 582 ○ Bij een eGFR van 10-50 is halvering van de dosering nodig (terbinafine tabletten
583 125mg, 1 dd 1)
 - 584 ○ Voor kinderen vanaf 2 jaar:
 - 585 ■ lichaamsgewicht 15-20 kg: 62,5 mg 1 dd 1
 - 586 ■ lichaamsgewicht 20-40 kg: 125 mg 1 dd 1
 - 587 ■ lichaamsgewicht >40 kg: 250 mg 1 dd 1
 - 588 ○ Verwijs kinderen onder de 2 jaar of 15 kg voor behandeling naar de dermatoloog
- 589 • Pas de behandeling later zo nodig aan op geleide van de uitslag kweek of PCR.
590 • Evalueer het behandelresultaat en eventuele bijwerkingen wekelijks.
591 • Bij onvoldoende herstel na afloop van de behandeltermijn kan een langere behandeling
592 aangewezen zijn (zie *detail 28 - behandeling diepe dermatomycosen door dermatofyten*).
593 • Verwijs laagdrempelig naar de dermatoloog als de aandoening niet reageert op
594 medicamenteuze behandeling, of bij bijwerkingen die de therapietrouw beïnvloeden.

595

596 **Detail 28 - behandeling diepe dermatomycosen door dermatofyten**

597 Controles

- 598 • Bij de behandeling van tinea pedis, manuum, corporis, intertrigo en pityriasis versicolor
599 zijn doorgaans geen controles nodig. Instrueer de patiënt opnieuw contact op te nemen
600 als de aandoening na behandeling niet geneest.
- 601 • Maak bij tinea pedis met moccasinpatroon na 14 dagen orale behandeling een controle-
602 afspraak om het behandelresultaat te beoordelen.
- 603 • Maak bij onychomycosen die oraal behandeld worden na 3 maanden een controle-
604 afspraak om het behandelresultaat te beoordelen.
- 605 • Maak bij behandeling van diepe dermatomycosen in de huisartsenpraktijk wekelijkse
606 controle-afspraken om het behandelresultaat te beoordelen.
607

608 Consultatie en verwijzing

- 609 • Overweeg een teledermatologisch consult of verwijzing naar een dermatoloog bij:
 - 610 ○ diagnostische twijfel waarbij een kweek of PCR diagnostiek naar verwachting
611 geen uitkomst gaat bieden.
 - 612 ○ patiënten met een dermatomycose waarbij het behandelresultaat onvoldoende
613 is, ondanks zekerheid over de diagnose (eventueel bevestigd met een kweek of
614 PCR), goede therapietrouw en eventueel verlenging van de behandeling.
- 615 • Overweeg verwijzing naar een dermatoloog bij:
 - 616 ○ patiënten met een diepe dermatomycose wanneer er onvoldoende ervaring is
617 met de behandeling hiervan in de huisartsenpraktijk.
 - 618 ○ patiënten met een diepe dermatomycose wanneer de gestarte behandeling met
619 orale antimycotica onvoldoende effect heeft of onacceptabele bijwerkingen
620 geeft.
- 621 • Verwijs altijd naar een dermatoloog bij (verdenking van) tinea capitis bij kinderen onder
622 de 2 jaar of 15 kg.
623
624