

# Richtlijn Psoriasis 2017

## Patiëntenversie

**Richtlijn Psoriasis 2017, Patiëntenversie 2017©**

**Colofon**

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)  
Postbus 8552, 3503 RN Utrecht  
Telefoon: 030-2823180  
E-mail: [secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl)

De inhoud van deze brochure is gebaseerd op de medische richtlijn Psoriasis 2017.

Deze brochure is geschreven door de NVDV. De NVDV is de beroepsvereniging van de Nederlandse dermatologen. Deze vereniging is dus geen patiëntenvereniging. De doelstelling van de NVDV is de bevordering van de studie van huidziekten. Naast wetenschappelijke activiteiten en belangenbehartiging van haar eigen leden, heeft de NVDV ook een publiek doel, namelijk om mensen te informeren over het vóórkomen van en de achtergronden van huidaandoeningen. Dit doet zij door het plaatsen van publicaties, folders en informatie op de eigen website.

## Algemene introductie

---

Deze brochure is een voor patiënten bewerkte versie van de officiële medische richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van psoriasis. Ten behoeve van deze patiëntenversie zijn medische vaktermen zo veel mogelijk weggelaten en in een vorm herschreven die voor een groot publiek toegankelijk is. Uiteindelijk is het doel van deze patiëntenversie dat u samen met uw arts, ieder aan de hand van de eigen versie van de richtlijn, een weloverwogen keuze kunt maken voor de behandeling die het meest tegemoet komt aan uw wensen, binnen de omstandigheden die voor u en uw behandelaar gelden.

De oorspronkelijke richtlijn Psoriasis dateert uit 2003 en is in de jaren daarna regelmatig herzien. De laatste herziening is opgesteld in 2017. De update is gebaseerd op de NVDV richtlijn Psoriasis 2011, de European Dermatology Forum (EDF) richtlijn Psoriasis 2015 en op een nieuw literatuuronderzoek en analyse door de richtlijnwerkgroep.

De update heeft betrekking op de systemische behandelingen (methotrexaat, fumaraten, adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab) en de hoofdstukken Kinderen, Serumspiegel- en antistofbepaling en Kwaliteit van leven.

Nieuw toegevoegd zijn hoofdstukken Keuze van behandeling bij mensen met psoriasis, Secukinumab, Apremilast, Combinatietherapie, Biosimilars, Artritis psoriatica, Vaccinatie, Zwangerschap bij biologics. De hoofdstukken Lokale therapie, Lichttherapie, Ciclosporine, Retinoïden en Psoriasis inversa werden niet herzien en bleven ongewijzigd ten opzichte van 2011.

De richtlijn is te vinden op alle websites van de beroepsverenigingen die aan deze richtlijn meewerkten. Vertegenwoordigers van deze verenigingen stelden samen met een vertegenwoordiger van de Psoriasis Vereniging Nederland (PVN) de richtlijn op. De NVDV is verantwoordelijk voor het onderhoud van de richtlijn.

### Werkwijze van richtlijnwerkgroep

Bij de start van de werkgroep kregen alle betrokken verenigingen het verzoek na te denken wat zij in de dagelijkse praktijk ervaren als de belangrijkste knelpunten die voor verbetering van de zorg in aanmerking komen.

## **Wat is psoriasis en hoe ziet het eruit?**

Psoriasis is een chronische huidaandoening, bestaande uit rode plekken met zilverwitte schilfers verspreid over de huid. Soms gaat de aandoening gepaard met gewrichtsklachten. De gewrichtsklachten zijn soms moeilijk te onderscheiden van reumatoïde artritis/reuma en de ziekte van Bechterew. De aandoening kent minimale uitingsvormen met slechts één of enkele plekjes op ellebogen en knieën, waarvan iemand weinig last kan hebben, maar ook uitgebreide vormen waarbij grote delen van de huid zijn aangedaan. Het beloop, waarbij verbetering en verergering elkaar afwisselen, varieert sterk. Meestal geneest de aandoening niet en heeft een patiënt er altijd in meer of mindere mate last van. Psoriasis is beslist niet besmettelijk.

De meest voorkomende vorm van psoriasis, psoriasis vulgaris (vulgaris = gewoon), bestaat uit rode zilverachtig schilferende plekken die overal op het lichaam kunnen voorkomen. Net als eczeem heeft psoriasis bepaalde voorkeursplaatsen: het behaarde hoofd, de ellebogen en knieën, de stuit en de romp. Psoriasis kan jeuk veroorzaken en pijnlijk zijn; de huid kan barsten of bloeden. Meestal geven psoriasisplekken echter heel weinig klachten. Ook het leeftijd waarop het begint, kan nogal verschillen. Bij een enkeling begint het al op heel jonge leeftijd (vóór de puberteit). Zelfs luierslag kan een voorloper zijn van psoriasis, maar bij de meesten komen de eerste plekjes tevoorschijn op volwassen leeftijd, tussen de 20 en 35 jaar.

## **Hoe ontstaat psoriasis?**

Bij psoriasis is sprake van een ontsteking en groeien de cellen onderaan in de opperhuid versneld uit tot hoorncellen. Normaliter gebeurt dat in 28 dagen, bij psoriasis is dat drie à vier dagen. Daardoor hopen de 'onvolwassen' cellen zich op aan het huidoppervlak en ontstaan de typische rode en schilferende plekken. Onder de psoriasisplekken worden in de dieper gelegen huid ontstekingsverschijnselen gezien met ontstekingscellen.

Wat precies de oorzaak van de ontsteking bij psoriasis is, is onbekend. Wel is duidelijk dat zowel erfelijke als omgevingsfactoren een rol spelen. Heeft een van de ouders psoriasis, dan is er 10 procent kans om de huidaandoening óók te krijgen. Hebben beide ouders psoriasis, dan is die kans zelfs 50 procent. Psoriasis kan ontstaan of verergeren door psychische spanningen, infecties vooral rond het gebit en keelamandelen (angina), en door medicijnen (meestal bètablokkers). Ook factoren als hormonen, alcohol en roken, kunnen soms psoriasis uitlokken of verergeren. Hetzelfde geldt voor een verwonding van de huid, zoals schaafplekken, brandwonden, tatoeage, ontharen met was, operatiewonden enzovoort. Zeven tot veertien dagen na zo'n verwonding kan op die plaats een psoriasisplek ontstaan. Dit heet het Koebner-fenomeen. Er zijn ook enkele factoren die een gunstig effect op het verloop van psoriasis kunnen hebben. De belangrijkste is zonlicht met een warm klimaat. Veel mensen met psoriasis hebben daarom na een zomervakantie relatief weinig klachten. Ook daarop zijn echter weer uitzonderingen. Bij ongeveer 5 procent verergert de psoriasis dan juist.

## **Hoe vaak komt psoriasis voor?**

Ruim 400.000 mensen in Nederland (circa 2,4 procent van de bevolking) hebben psoriasis, aldus cijfers van de CBS Gezondheidsenquête (november 2015). Psoriasis kan op elke leeftijd ontstaan. Er zijn twee leeftijdspieken: begin van de puberteit en na middelbare leeftijd. Bij de leeftijdsgroepen tot twintig jaar had in 2010-2014 minder dan 1 procent deze huidaandoening, tegenover 4 procent bij de 50- tot 55-jarigen. Psoriasis komt iets vaker voor bij mannen dan bij vrouwen.

## **Hoe wordt de diagnose gesteld?**

Uw huisarts stelt de diagnose op basis van de typische huid- en nagelafwijkingen. Als de diagnose niet zeker is, zal de huisarts u verwijzen naar een dermatoloog. Een enkele keer is het nodig een stukje huid (biopt) af te nemen voor microscopisch onderzoek. Dat gebeurt gewoonlijk onder plaatselijke verdoving. De beoordeling van het biopt doet de patholoog.

## **Behandeling**

Genezing van psoriasis is niet mogelijk; wel is de aandoening zodanig te onderdrukken dat de rode schilferende plekken nauwelijks zichtbaar zijn. Dat kan op vele manieren. Een lokale behandeling met zalven en crèmes zijn de eerste stap in de behandeling, maar vaak werken die onvoldoende en moet men vroeg of laat overstappen naar een behandeling met pillen of injecties die meer bijwerkingen hebben. Maar ook bij de lokale behandeling moet men rekening houden met de mogelijkheid van bijwerkingen.

## **Lokaal toegepaste middelen**

De meest toegepaste lokale middelen zijn vitamine D3-analogen (calcipotriol) en zalven met corticosteroiden.

### *Calci(po)triol*

Vitamine D3-analogen worden aanbevolen als lokale behandeling voor chronische plaque psoriasis. Sommige mensen die calcipotriol gebruiken, krijgen last van roodheid en irritatie of eczeem. Een bijwerking die doorgaans na verloop van weken smeren ook weer verdwijnt. Verder is het een goed en veilig middel.

### *Lokale corticosteroiden*

Corticosteroiden worden evenals vitamine D3-analogen aanbevolen als lokale behandeling voor chronische plaque psoriasis. Afhankelijk van de klasse en manier van gebruiken hebben corticosteroiden echter meer bijwerkingen dan vitamine D3-analogen. Bij kortdurend gebruik zijn dit wel de prettigste middelen om te smeren. Bij langdurige frequente toepassing en in het bijzonder in gevoelige gebieden, moet men de ontwikkeling van typische bijwerkingen van corticosteroiden, zoals het dunner worden van de huid, goed in de gaten houden.

Combinatie van vitamine D-analogen met lokale corticosteroiden

De combinatie van vitamine D-analogen met lokale corticosteroiden is superieur ten opzichte van de twee afzonderlijke therapieën wat betreft werkzaamheid en verdraagbaarheid.

### *Calcineurineremmers*

Ook calcineurineremmers kunnen lokaal worden toegepast. Voorbeelden zijn tacrolimus en pimecrolimus. Deze middelen zijn in Nederland geregistreerd voor de behandeling van atopisch eczeem. Bij psoriasis worden zij alleen toegepast in de plooiën en in het gezicht, als men daar niet uitkomt met lokale corticosteroiden en vitamine D3-analogen.

### *Ditranol*

Daarnaast worden ditranol en teer veel gebruikt in dagbehandelingcentra of bij poliklinische begeleiding omdat intensieve instructies noodzakelijk zijn. Deze middelen hebben als bijwerkingen eventueel verkleuringen, vlekken, irritatie en overgevoeligheid.

### *Lichtbehandeling*

Als zalven alleen niet voldoende helpen, is de volgende stap meestal een lichtbehandeling. De meest toegepaste lichtbehandelingen zijn blootstelling aan ultraviolet B- (UVB-) en ultraviolet A- (UVA) licht. Dat laatste gebeurt vrijwel altijd in combinatie met medicijnen (psoralenen) die de huid gevoelig maken voor UVA. Die combinatie heet PUVA. Lichtbehandeling kan, zeker bij langdurig gebruik, het risico op huidkanker verhogen, maar dit risico is met de moderne lampen wel een stuk kleiner dan vroeger. Wel is het belangrijk om de totale hoeveelheid ultraviolette stralen goed te doseren en te monitoren. Dat doet de dermatoloog. Onderhoudstherapie met UV wordt dan ook afgeraden. Zwangerschap en borstvoeding zijn gecontra-indiceerd bij PUVA.

## **Eerste systemische middelen (tabletten en injecties)**

Wanneer de ernst van de huidafwijkingen zo groot is dat zalven en lichttherapie geen uitkomst meer brengen, komen medicijnen in pil- of injectievorm in aanmerking. Tegenover de eenvoud van de behandeling staat een grotere kans op – soms ernstige – bijwerkingen.

### *Fumaarzuur*

Het werkingsmechanisme van fumaarzuur is niet helemaal duidelijk, maar het heeft een effect op de witte bloedcellen die bij psoriasis betrokken zijn en het werkt remmend op de ontsteking.

### *Methotrexaat*

Methotrexaat is een ander sterk werkend geneesmiddel bij uitgebreide psoriasis. Het werkt foliumzuur in het lichaam tegen. Foliumzuur is belangrijk bij de celdeling en een remming hiervan remt dus vooral de sneldelende cellen bij psoriasis maar ook bij kanker. Heel zelden leidt het tot ernstige bijwerkingen, zoals een tekort aan bloedcellen en beschadiging van de lever. Hiervoor wordt regelmatig bloed geprikt. Tijdens de behandeling tot 3-6 maanden na het stoppen mogen mannen geen kinderen verwekken en vrouwen niet zwanger worden.

Bij gebruik van methotrexaat is er een verhoogde kans op het ontwikkelen van leverfibrose. Mensen met psoriasis hebben daarnaast vaak ook door andere aandoeningen zoals overgewicht, suikerziekte

en alcoholgebruik een verhoogd risico op leverziekten. Vroeger werd dit gemonitord door van tijd tot stukje uit de lever te nemen. De huidige richtlijn luidt: vermijden risicopatiënten en regelmatige bepaling van de leverenzymen in het bloed en verder handelen naar bevinding.

### *Acitretine*

Acitretine is een van vitamine A afgeleide stof. Het is vooral effectief bij psoriasis van de nagels. Bij vrouwen die zwanger zijn, geeft dit middel ernstige beschadiging van de ongeboren vrucht. Vandaar dat vrouwen die dit middel gebruiken tijdens de behandeling tot drie jaar daarna niet zwanger mogen worden.

### *Cyclosporine*

Een volgend middel dat effectief is bij het onderdrukken van psoriasis, is cyclosporine. Gezien de bijwerkingen, met name het risico van nierbeschadiging en hoge bloeddruk, is ook dit middel niet geschikt voor langdurig gebruik.

## **Nieuwe systemische behandelingen**

### *Biologics en apremilast*

Biologics en apremilast zijn een belangrijke groep nieuwere geneesmiddelen met een werkingsmechanisme dat specifiek gericht is op bepaalde ontstekingswitten die betrokken zijn bij psoriasis. Doordat zij zich binden aan dit eiwit, remt dit de ontsteking en dus de psoriasis. Het zijn ook dure geneesmiddelen. Daarom is de maatschappelijke verantwoordelijkheid groot om deze verantwoord in te zetten. Zij worden ze pas voorgeschreven als de psoriasis ernstig is en als de andere behandelingen niet of onvoldoende werken, of te veel bijwerkingen hebben. Psoriasis heet 'ernstig' als het een bepaalde uitbreiding heeft (aanwezig over een groot gedeelte van het lichaam), of als het een groot negatief effect heeft op de kwaliteit van leven.

In de richtlijn worden alle biologicals beschreven die in 2016 beschikbaar waren voor psoriasis (etanercept, adalimumab, infliximab, ustekinumab, secukinumab, en daarnaast apremilast dat officieel geen biological is).

In vergelijking met andere medicijnen zorgen biologicals voor meer behandeltevredenheid. De werkgroep beveelt aan in de dermatologische praktijk expliciet aandacht te besteden aan deze behandeltevredenheid door patiënten

### *Vaccinaties*

Vaccins worden bij voorkeur vóór de start van behandeling met afweerverlagende medicijnen toegediend. Met name het geven van de zogenaamde 'levende' vaccins wordt afgeraden tijdens gebruik van biologicals, uitzonderingen daargelaten. Een voorbeeld van een levend vaccin is gele koorts vaccinatie. Na toediening van een levend vaccin dient ten minste 4 weken gewacht te worden met (her)start van de biologicals. Eind 2017 komt vanuit het RIVM in samenwerking met diverse specialismen een handleiding "Landelijke adviezen voor vaccinatie bij inflammatoire (=met ontstekingen gepaard gaande) aandoeningen".

### *Zwangerschap*

De termijn hoe lang een vrouwelijke patiënt moet wachten om na staken van een biologic zwanger te geraken, is afhankelijk van de halfwaardetijd (of: halveringstijd) van het betreffende middel. Voor vrouwen met een kinderwens of zwangerschap en een ernstige psoriasis, waarbij een biologic geïndiceerd is en de voordelen opwegen tegen de nadelen, valt eventueel te overwegen een biologic te starten of te continueren. Mogelijk is er een voorkeur in bovengenoemde situaties voor etanercept in verband met de korte halfwaardetijd en de relatief geringe hoeveelheid die via de placenta bij het nog ongeboren kind terecht komt. Als een zwangere vrouw behandeld wordt met een biologic, dienen er meerdere specialisten betrokken te zijn (bijv. dermatoloog, gynaecoloog, verloskundige). In verband met mogelijke onderdrukking van het afweersysteem, ook van de baby, wordt geadviseerd om toediening van levende vaccinaties en BCG-vaccinaties bij de baby uit te stellen tot zes maanden na de geboorte.

### *Biosimilars*

Wanneer het patent van biologics verlopen is, kunnen deze worden nagemaakt door andere fabrikanten. Deze medicijnen zijn vrijwel identiek aan de biologics en noemt men 'biosimilars'. Biosimilars zijn goedkoper dan biologics. Op dit moment zijn er biosimilars voor infliximab (Remsima en Inflectra) en voor etanercept (Benepali, Erelzi). Wanneer iemand met psoriasis in aanmerking komt

voor behandeling met een biologic kan ook worden gestart met een biosimilar. Het wordt niet aanbevolen om tijdens de behandeling met een biologic over te gaan op een biosimilar.

### **Artritis psoriatica**

Bij psoriasis moet men alert zijn op gewrichtsontstekingen (artritis psoriatica). Tekenen die hierop wijzen zijn: spontane aanhoudende pijn, zwelling of stijfheid van een of meerdere gewrichten en nabij gelegen banden en pezen en/of chronische rugklachten die ten minste drie maanden dagelijks aanwezig zijn en ontstaan zijn vóór het 45<sup>e</sup> levensjaar. Om gewrichtsklachten die duiden op artritis psoriatica op tijd op te sporen kan men gebruik maken van een hiertoe geschikte vragenlijst. Bij tekenen van artritis klachten in handen en voeten, bij enthesitis (=een ontsteking op de plaats waar een of meer pezen aan het bot vastzitten) en bij langer bestaande chronische rugklachten (> 3 maanden dagelijks aanwezig) is verwijzing naar een reumatoloog aangewezen, niet alleen voor de diagnostiek maar ook voor overleg over de behandeling (multidisciplinair). Routinematig aanvragen van aanvullend onderzoek voorafgaand aan verwijzing naar een reumatoloog wordt ontraden. De behandeling van artritis psoriatica bestaat in eerste instantie uit pijnstillers en ontstekingsremmers in de vorm van NSAID's (=een medicijngroep waartoe ook ibuprofen hoort).

### **Psoriasis bij kinderen**

Eerste keus bij de behandeling van psoriasis bij kinderen is smeren met klasse 2-3 corticosteroïden. Als onderhoudsbehandeling kiest men voor vitamine D3-analogen (vooral calcipotriol), bij voorkeur in combinatie met corticosteroïden. Als die behandeling onvoldoende effect heeft, gaat de voorkeur uit naar ditranol in dagbehandeling. Een behandeling die werkt voor het gehele lichaam kan ook worden gekozen, hierbij gaat de voorkeur uit naar methotrexaat en fumaraten. Door horen wel regelmatige bloedcontroles bij. Acitretine (een geneesmiddel dat afgeleid is van vitamine A) is een alternatief in geval van pustuleuze psoriasis (een psoriasisvorm gekenmerkt door talloze blaasjes gevuld met pus) of erythrodermie (roodheid van het gehele lichaam), maar pas op bij meisjes in de puberteit en daarna, omdat het schadelijk kan zijn voor de vrucht in geval van zwangerschap. Ciclosporine (een andere afweeronderdrukker, maar dan in tabletvorm) wordt gezien de potentiële nierschade alleen aangeraden in uitzonderlijke situaties en voor een korte termijn. Ook UVB fotherapie wordt slechts in beperkte mate toegepast. Extra voorzichtigheid is geboden bij kinderen met een licht huidtype en kinderen <12 jaar. Thuisbelichting en PUVA komen bij kinderen met psoriasis niet in aanmerking. Gezien de onduidelijkheid over de langetermijn veiligheid worden biologics pas ingezet als eerder genoemde behandelingen onvoldoende effect hebben. Om de langetermijn veiligheid te kunnen evalueren, wordt aanbevolen alle kinderen die met een biologic worden behandeld, op te nemen in een (nationaal) register.

### **Kwaliteit van leven**

Mensen met psoriasis hebben vaak last van jeuk, verminderde slaapkwaliteit, vermoeidheid en pijn, en ervaren mede daardoor een vermindering van hun kwaliteit van leven in vergelijking met gezonde normgroepen. Daarnaast voelen zij zich beperkt in het sociaal verkeer en hebben zij meer last van angst en depressie. In de richtlijn wordt aanbevolen om in de dermatologische praktijk expliciet aandacht te besteden aan de invloed van psoriasis op de kwaliteit van leven. Dit kan door mensen met psoriasis, waar mogelijk en relevant, hiernaar te vragen, hetzij mondeling hetzij met een gestandaardiseerde vragenlijst als de DLQI of de Skindex-29. Eventueel kan men ervoor kiezen de parameters jeuk, pijn en slaapverlies apart te meten. Omdat stigmatisering veel voorkomt, wordt het aangeraden ook dit onderwerp ter sprake te brengen. Bij een vermoeden van (ernstige) psychische problemen moet men overwegen te verwijzen naar een psycholoog of andere psychosociale hulpverlener. Deze kan gebruik maken van gevalideerde vragenlijsten om dit vermoeden te bevestigen.