



Vragen over psoriasis

1. Welke functies heeft de huid	5
2. Wat is psoriasis?	5
3. Wat zijn de vooruitzichten?	5
4. Waar komt de naam psoriasis vandaan?	5
5. Wat gebeurt er in de huid bij psoriasis?	5
6. Hoe vaak komt psoriasis voor?	6
7. Op welke leeftijd ontstaat psoriasis?	6
8. Komt psoriasis meer voor bij blanke mensen dan bij mensen met een andere huidskleur?	6
9. Hoe ontstaat psoriasis?	6
10. Wat is de oorzaak van psoriasis?	6
11. Is psoriasis besmettelijk?	7
12. Is psoriasis erfelijk?	7
13. Kan een huidbeschadiging psoriasis veroorzaken of verergeren?	7
14. Kan een infectie psoriasis veroorzaken of verergeren?	7
15. Kunnen medicijnen psoriasis veroorzaken of verergeren?	8
16. Hebben spanningen invloed op psoriasis?	8
17. Hebben voedingsmiddelen invloed op psoriasis?	8
18. Heeft roken of drinken invloed op psoriasis?	8
19. Heeft het klimaat of het weer invloed op psoriasis?	9
20. Heeft de zwangerschap invloed op psoriasis?	9
21. Heeft het geslacht invloed op psoriasis?	9
22. Hoe uit psoriasis zich?	9
23. Welke klachten kan psoriasis geven?	10
24. Welke vormen van psoriasis zijn er?	10
Psoriasis vulgaris	10
Psoriasis inversa	10
Psoriasis unguium	11
Psoriasis guttata	11
Psoriasis pustulosa	11
Psoriasis erythrodermie	11
Psoriasis arthropathica	12
Psoriasis capitis	12

25. Is psoriasis altijd even erg en waardoor verergert het?	12
26. Kan sporten kwaad of is het juist goed?.....	12
27 . Welke invloed heeft stress op psoriasis?	13
28 . Welke invloed heeft psoriasis op het dagelijks functioneren?.....	13
29 . Hoe om te gaan met kinderen met psoriasis?.....	13
30 . Hoe weet men of het psoriasis is?	13
31 . Kan een huisarts de diagnose stellen of is het verstandig een dermatoloog te raadplegen?.....	14
32. Met welke vragen kan de huisarts de diagnose nog zekerder maken?	14
33. Wat is de PASI?	14
34. Is psoriasis te genezen?.....	14
35. Moet psoriasis altijd worden behandeld?	15
36 . Wat kan men van de behandeling verwachten?	15
37 . Wie behandelt psoriasis?	15
38. Hoe bepaalt de dokter welke behandeling het meest geschikt is?	15
39. Kun je voorkomen dat psoriasis terugkomt als het na behandeling is verdwenen?	15
40. Op welke manieren kan psoriasis worden behandeld?.....	16
41. Welke lokale (uitwendige) (smeer)behandelingen zijn er?.....	16
42. Is lokale therapie voor iedereen geschikt?.....	16
43. Maakt het uit of men een zalf, crème, gel of lotion gebruikt?.....	16
44. Wat zijn vitamine-D-preparaten?.....	17
45. Welke bijwerkingen hebben vitamine-D-preparaten?	17
46 . Wat zijn corticosteroïden (hormoonzalven)?	17
47. Hoe werken corticosteroïden (hormoonzalven)?	17
48 . Wat is het verschil tussen sterk en zwak werkende corticosteroïden (hormoonzalven)?.....	17
Klasse 1	18
Klasse 2	18
Klasse 3	18
Klasse 4	18
49. Waar hangt het vanaf of corticosteroïden (hormoonzalven) helpen bij psoriasis?	18
50. Waarop berust de weerzin tegen corticosteroïden?.....	18
51 . Wat gebeurt er als men corticosteroïden (hormoonzalven) lang achtereen gebruikt?	19
52. Welke bijwerkingen kunnen corticosteroïden (hormoonzalven) veroorzaken?.....	19
53. Welke lokale bijwerkingen kunnen corticosteroïden (hormoonzalven) veroorzaken?	19
54. Welke systemische bijwerkingen kunnen corticosteroïden (hormoonzalven) veroorzaken?.....	20

55 . Wat is het gevaar van onderdrukking van de bijnier en het optreden van systemische bijwerkingen door uitwendig gebruik van grote hoeveelheden corticosteroïden (hormoonzalven)?	20
56. Hoe kun je systemische bijwerkingen van corticosteroïden (hormoonzalven) voorkomen?.....	20
57. Hoe kun je corticosteroïden (hormoonzalven) het beste gebruiken?	20
58. Gaat de voorkeur uit naar sterk of zwak werkende corticosteroïden (hormoonzalven)?	21
59 . Moet je corticosteroïden (hormoonzalven) lang of kort smeren?	21
60 . Moet je corticosteroïden (hormoonzalven) dik of dun smeren?	21
61. Kunnen zwangeren probleemloos corticosteroïden (hormoonzalven) gebruiken?	21
62 . Kunnen kinderen zonder problemen corticosteroïden (hormoonzalven) gebruiken?	21
63 . Kun je allergisch worden voor corticosteroïden (hormoonzalven)?	22
64 . Wat is teer en wat is de plaats van teer in de behandeling van psoriasis?.....	22
65 . Wat is dithranol en wat is de plaats van dithranol in de behandeling van psoriasis?	22
66 . Wat is salicylzuur en wat is de plaats van salicyl in de behandeling van psoriasis?	23
67. Wat is lichttherapie?	23
68. Hoe werkt lichttherapie bij psoriasis?	23
69 . Maakt men bij lichttherapie onderscheid tussen verschillende huidtypen?	23
70 . Wanneer kom je voor lichttherapie in aanmerking?	24
71 . Welke soorten lichttherapie zijn er?	24
72 . Wat is uv-B en hoe werkt uv-B-therapie?	24
73. Wat is het effect van uv-B-therapie?	24
74. Wat zijn de bijwerkingen van uv-B behandeling?.....	24
75 . Hoe wordt uv-B-therapie gegeven?.....	24
76 . Wie komen in aanmerking voor uv-B-therapie?	25
77. Kan uv-B behandeling ook thuis worden toegepast?	25
78 . Wat is PUVA en hoe werkt het?	25
79 . Hoe wordt PUVA gegeven?	25
80 . Wat is het effect van PUVA?	25
81 . Wat zijn de bijwerkingen van PUVA?	26
82. Wie komen in aanmerking voor PUVA?	26
83 . Kan lichttherapie worden gecombineerd met andere behandelingen?	26
84. Waarom kun je niet altijd doorgaan met lichttherapie?	26
85 . Gaat lichttherapie samen met andere behandelingen / medicijnen?	26
86 . Wat is een systemische behandeling?	27

87. Welke systemische behandelingen zijn er?	27
88. Wie komen in aanmerking voor systemische therapie?.....	27
89 . Kan systemische therapie worden gecombineerd met andere behandelingen?	27
90. Wat is methotrexaat en hoe werkt het?	27
91. Hoe wordt methotrexaat toegediend?	27
92. Wat is het effect van methotrexaat?.....	28
93. Wat zijn de bijwerkingen van methotrexaat?.....	28
94. Wie komen in aanmerking voor methotrexaat?.....	29
95. Wat is cyclosporine en hoe werkt het?.....	29
96 . Wat is het effect van cyclosporine?.....	29
97. Hoe wordt cyclosporine toegediend?	29
98. Wat zijn de bijwerkingen van cyclosporine?.....	29
99 . Wie komen in aanmerking voor cyclosporine?.....	30
100. Wat is acitretine en hoe werkt het?	30
101. Hoe wordt acitretine toegediend?.....	30
102. Wat is het effect van acitretine?	30
103. Wat zijn de bijwerkingen van acitretine?	31
104. Wie komen in aanmerking voor acitretine?	31
105. Wat zijn fumaraten en hoe werken ze?	31
106. Hoe worden fumaraten toegediend?	31
107. Wat is het effect van fumaraten?.....	32
108. Wat zijn de bijwerkingen van fumaraten?	32
109. Wie komen in aanmerking voor fumaraten?	32
110. Wat zijn biologicals en hoe werken ze?	32
111. Hoe worden biologicals toegediend?	32
112. Wat is het effect van biologicals?	33
113. Wat zijn de bijwerkingen van biologicals?	33
114. Wie komen in aanmerking voor biologicals?.....	33
115. Helpen alternatieve behandelingen?.....	34
116. Wat zijn de vooruitzichten van psoriasis als de plekken na behandeling vrijwel geheel zijn verdwenen?	34
117. Is een dode-zee-kuur in Israël een goed alternatief?.....	34
118. Wat kan men zelf nog doen?.....	34
Tips voor de lichaamsverzorging.....	35
Tips voor de behandeling	35
Tips hoe met psoriasis om te gaan	36
Tips voor kinderen met psoriasis.....	36

■ 1. Welke functies heeft de huid

De huid bestaat uit 3 lagen: de opperhuid, de lederhuid en het onderhuids vetweefsel. De mens is van top tot teen bedekt met huid. De huid is dan ook ons grootste orgaan en net zo belangrijk als het hart, de lever of de nieren. Bij een volwassene is het oppervlak 1,5 - 2,0 m². Het gewicht van de huid, inclusief onderhuids bindweefsel, is 15 - 20 kg. Als de huid ermee 'ophoudt', zoals bij uitgebreide brandwonden, sterven we binnen enkele uren.

De huid heeft 4 belangrijke functies: beschermen, regelen, voelen en het aanmaken van vitamine D. Allereerst beschermt de huid ons voor 'indringers' van buitenaf. Door de buitenste laag, de opperhuid, krijgen bacteriën en virussen weinig kans om ons lichaam binnen te dringen. De huid beschermt ons ook tegen ultraviolette straling. Daarnaast regelt de huid, door afgifte van zweet, de temperatuur en de vochtigheid van ons lichaam. Ook 'voelen' we met onze huid. De huid heeft een ingewikkeld zenuwstelsel, waardoor we gevoelig zijn voor warmte, kou, pijn, jeuk en aanraken. De huid vertelt ons of iets warm of koud is, of iets aangenaam is of niet. Verder maakt de huid vitamine D aan. Wanneer we in de zon liggen, gebruikt de huid het zonlicht om vitamine D actief te maken. Dat hebben we onder andere nodig voor gezonde botten. De huid bepaalt ook voor een deel ons uiterlijk en daarmee dus ook hoe anderen op ons reageren.

■ 2. Wat is psoriasis?

Psoriasis is een niet-besmettelijke chronische ontstekingsziekte van de huid met meestal scherp begrensde rode en schilferende plekken, die verspreid over het gehele lichaam kunnen voorkomen. Vaak komt deze aandoening in de familie voor. Psoriasis kan door behandeling aanzienlijk verbeteren, maar geen enkele therapie kan de huidziekte definitief genezen.

■ 3. Wat zijn de vooruitzichten?

Hoe psoriasis zal verlopen is niet te voorspellen, maar het geneest niet spontaan en men heeft er levenslang last van. De activiteit van de huidziekte kan variëren, waarbij periodes van spontane verbetering en verergering elkaar afwisselen. Met behandeling kan een goede verbetering worden bereikt, maar na beëindiging van de behandeling kunnen de verschijnselen vaak weer terugkomen.

■ 4. Waar komt de naam psoriasis vandaan?

Het woord psoriasis is afgeleid van het Griekse psore dat 'schub' betekent, omdat de schilferende plekken wat aan schubben doen denken. Daarom noemt men psoriasis ook weleens schubbenziekte. Er zijn niet veel mensen die dat woord gebruiken. De meeste benamingen van psoriasis hebben te maken met de wijze waarop psoriasis zich voordoet, of met de manier waarop het ontstaat. Zo betekent psoriasis guttata 'psoriasis in druppels' (veel kleine vlekjes) en psoriasis unguium gewoon 'psoriasisnagels' en 'psoriasis arthropathica' psoriasis van de gewrichten waardoor ook gewrichtsklachten ontstaan. Bij de meest voorkomende vorm: plaque psoriasis, ook wel psoriasis vulgaris genoemd, zijn er verspreid over het gehele lichaam rode schilferende plekken ter grootte van muntstukken of nog groter te zien.

■ 5. Wat gebeurt er in de huid bij psoriasis?

De huid bestaat uit 3 lagen: opperhuid, lederhuid en het onderhuids vetweefsel. De onderkant van de opperhuid bevat een hoop delende cellen van waaruit de huid zich voortdurend vernieuwt. Daardoor kunnen wonden genezen. Die vernieuwing vindt echter ook plaats als er geen wond is. De huidcellen die aan de onderkant ontstaan, schuiven dan langzaam naar boven en worden zo steeds ouder. Uiteindelijk gaan de cellen dood en vormen zij aan de bovenkant de hoornlaag. Door wassen en wrijven verdwijnen zij geleidelijk om plaats te maken voor de volgende hoorncellen. Zo wordt de hoornlaag met een constante snelheid steeds vernieuwd. Na ongeveer 28 dagen heb je een geheel nieuwe huid. De 'oude' huidschilfertjes die worden afgestoten zijn zo klein, dat men daar normaal niets van merkt.

Bij mensen met psoriasis is dit proces verstoord en gaat de huidvernieuwing ongewoon snel. Bij psoriasis vernieuwt de huid zich in ongeveer 4 of 5 dagen. De huidcellen hopen zich vervolgens op in laagjes, die niet op tijd kunnen worden afgestoten. De huid wordt dikker, raakt geïrriteerd en er ontstaan dan schilferende rode plekken die kunnen jeuken. De oorzaak van deze versnelde deling is niet helemaal duidelijk, maar geactiveerde ontstekingscellen in de lederhuid helpen zeker een handje mee. Als er erg veel ontstekingscellen zijn kunnen er zelfs puistjes ontstaan.

■ 6. Hoe vaak komt psoriasis voor?

Psoriasis is een van de meest voorkomende ziekten. Ongeveer 2 tot 3% van de Nederlandse bevolking heeft er last van. Dat zijn zo'n 300.000 tot 350.000 mensen. Het is dus zeker geen zeldzame aandoening. Iedereen kent wel iemand in zijn omgeving die psoriasis heeft, maar vaak weten we het niet, omdat de meeste mensen maar enkele plekken hebben en die zitten dan onder hun kleren of onder hun haren. Andere mensen zitten helemaal onder en worden daar dagelijks op indringende manier mee geconfronteerd. Er is geen groot verschil tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van psoriasis.

■ 7. Op welke leeftijd ontstaat psoriasis?

Psoriasis kan op elke leeftijd ontstaan, maar meestal begint het tussen het 20e en 30e levensjaar, soms pas na het 50e jaar (zie vraag 12 – 'Is psoriasis erfelijk?'). Bij mensen die psoriasis op jonge leeftijd krijgen verloopt de ziekte vaak wat ernstiger, en komt psoriasis ook vaker in de familie voor dan bij mensen die al wat ouder zijn wanneer ze psoriasis krijgen.

■ 8. Komt psoriasis meer voor bij blanke mensen dan bij mensen met een andere huidskleur?

Psoriasis komt voor bij alle rassen. Wel zijn er lichte verschillen. Psoriasis komt op de hele wereld voor, bij mensen van iedere huidskleur, maar meer bij blanken. Aziaten en Afrikanen hebben er minder last van en bij indianen is het helemaal zeldzaam. De plekken zien er op een donkere huid anders uit dan op een lichte huid. Daardoor zijn ze soms ook moeilijk te herkennen.

■ 9. Hoe ontstaat psoriasis?

Bij psoriasis is de celdeling in de opperhuid versneld en zijn er ontstekingsverschijnselen in de lederhuid. De ontstekingsreactie bij psoriasis is het gevolg van het activeren van een bepaald type witte bloedcel (T-cel). De precieze oorzaak is niet bekend, maar erfelijkheid speelt wel een belangrijke rol. Bij mensen met deze aanleg kunnen diverse factoren psoriasis doen ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn beschadiging van de huid (zoals herhaaldelijk over de huid schuren), keelontstekingen, medicijngebruik en psychische stress. Ook alcohol en tabak worden wel in dit rijtje genoemd. Deze factoren veroorzaken niet psoriasis, maar zij lokken de ziekte uit bij mensen die er aanleg voor hebben, of de psoriasis verergert hierdoor bij mensen die het al in lichte vorm hebben.

■ 10. Wat is de oorzaak van psoriasis?

Ieder mens beschikt over een afweersysteem van witte bloedcellen en stoffen die zij maken waarmee ziekteverwekkers (onder andere bacteriën en virussen) kunnen worden opgespoord en bestreden. Bij psoriasis lijkt het erop dat een bepaalde afweercel, de T-cel (een bijzondere soort witte bloedcel) zijn werk niet meer goed doet, waardoor de afweer zich tegen eigen huidcellen richt. Het afweersysteem 'vergist' zich dus en ziet de eigen cellen als vijandelijke indringers en valt deze aan met als gevolg dat de huidcellen zich sneller gaan delen. Dat wordt een auto-immuunziekte of 'zelf-afweerziekte' genoemd. Andere voorbeelden van auto-immuunziekten zijn onder andere reumatoïde artritis, multiple sclerose en de ziekte van Crohn.

■ 11. Is psoriasis besmettelijk?

Psoriasis is niet besmettelijk en kan dus niet via contact van de ene op de andere mens worden overgedragen. De oorzaak van psoriasis ligt namelijk in het DNA en in een afweerstoornis van de persoon zelf, en ontstaat niet ten gevolge van bacteriën. Het is dus onmogelijk om bijvoorbeeld via huidschilfers van iemand met psoriasis de ziekte te krijgen of een infectie op te lopen. Uit onwetendheid denken mensen soms dat psoriasis besmettelijk is. Ze kunnen dan vreemd reageren. Iemand met psoriasis doet er daarom goed aan, aan mensen in de directe omgeving uit te leggen wat er aan de hand is en te vertellen dat er geen enkele reden is om bang te zijn voor besmetting.

■ 12. Is psoriasis erfelijk?

Psoriasis komt in sommige families betrekkelijk vaak voor. Dat wijst op erfelijke aanleg. Dat psoriasis deels een erfelijke ziekte is staat wel vast. Er zijn meer dan 10 verschillende stukjes DNA (genen) bij betrokken, maar er zijn er waarschijnlijk nog meer die nog niet zijn ontdekt. In hoeverre omgevingsfactoren daar ook een rol bij spelen, is nog onduidelijk. Bij familieleden in de eerste graad (ouders, kinderen, broers, zusters) en de tweede graad (ooms, tantes, neven, nichten) van mensen met psoriasis komt de aandoening vaker voor dan bij mensen zonder psoriasis. Wanneer een van de ouders psoriasis heeft, is de kans voor een kind om ook psoriasis te krijgen 15%. Hebben deze ouders al een kind met psoriasis dan is de kans op een volgend kind met psoriasis iets groter. Wanneer beide ouders psoriasis hebben, is de kans 50%.

Onderzoekers gaan er steeds meer vanuit dat er 2 typen psoriasis zijn, namelijk type I en type II. Onder type I vallen mensen die rond hun 20e psoriasis krijgen. Onder type II de mensen die het tussen hun 40e en 50e jaar krijgen. Bij type II speelt erfelijkheid een kleinere rol dan bij type I.

■ 13. Kan een huidbeschadiging psoriasis veroorzaken of verergeren?

Huidbeschadigingen bij mensen die psoriasis hebben, kunnen leiden tot nieuwe psoriasisplekken. Dit heet het 'Köbner-fenomeen'. Bij een deel van de mensen met psoriasis doet een wond of een plek waar men aan heeft zitten krabben een psoriasisplek ontstaan. Ook kunnen rustige plekken hierdoor verergeren. Köbner was een arts die dit als eerste beschreef. Het houdt in dat op de plaats waar normale huid wordt beschadigd, na gemiddeld 7 tot 14 dagen een psoriasisplek ontstaat. Allerlei soorten beschadiging van de huid kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn, zoals schaafplekken, brandwonden, operatiewonden en chemische wonden (bijvoorbeeld door zuren). Ook infecties van de huid (bijvoorbeeld herpesinfecties, steenpuisten) kunnen een Köbner-reactie geven. De kans is hierop het grootst wanneer de psoriasis uitgebreid en actief is, dat wil zeggen dat er ook spontaan al plekken ontstaan. (Er zijn overigens ook andere huidaandoeningen waarbij het Köbner-fenomeen voorkomt).

■ 14. Kan een infectie psoriasis veroorzaken of verergeren?

Psoriasis kan ontstaan na een keelontsteking met streptokokken (angina). Dat komt vooral voor bij kinderen en jonge volwassenen, waarbij in relatief korte tijd (enkele dagen tot weken) een uitslag van kleine (2 millimeter tot 1 centimeter grote) druppelvormige psoriasisplekjes, verspreid over het lichaam, ontstaan (psoriasis guttata; gutta is het Latijnse woord voor druppel). In het begin is er weinig schilfering, waardoor de uitslag vaak niet meteen voor psoriasis wordt aangezien. Als je echter over een plek krabt, wordt wel de typische, voor psoriasis kenmerkende, schilfering zichtbaar. Deze vorm van psoriasis zal vaak spontaan genezen, maar kan ook overgaan in gewone psoriasis. Mensen die dit hebben meegemaakt wordt aangeraden om bij nieuwe keelontstekingen direct naar de huisarts te gaan.

■ 15 . Kunnen medicijnen psoriasis veroorzaken of verergeren?

Er zijn medicijnen die psoriasis kunnen veroorzaken of verergeren. Tot die medicijnen behoren middelen zoals lithium (tegen manische depressie), interferon (onder andere tegen chronische leverontsteking en multipele sclerose), sommige middelen tegen malaria en sommige hoge bloeddrukmiddelen (bètablokkers). De medicijnen die het meest met psoriasis in verband worden gebracht zijn de bètablokkers, maar dat komt vooral omdat deze medicijnen zo vaak worden gebruikt. Van vele andere medicijnen is beschreven dat ze psoriasis kunnen uitlokken of verergeren.

■ 16. Hebben spanningen invloed op psoriasis?

Of en in hoeverre stress een rol speelt, is moeilijk te zeggen. Dat mensen met psoriasis aan stress een belangrijke betekenis toekennen bij het ontstaan of verergeren van hun huidziekte, heeft geen grote bewijskracht. Dat komt omdat het hebben van psoriasis natuurlijk ook aanleiding kan zijn tot stress en dan is het moeilijk te zeggen wat oorzaak en gevolg is. Toch lijkt het erop dat spanningen psoriasis zeker kunnen verergeren en bij mensen met een erfelijke aanleg misschien veroorzaken. Mensen die dat zo voelen, reageren vaak minder goed op behandeling dan mensen die weinig spanningen ervaren. Wanneer ze hiervoor begeleiding krijgen (bijvoorbeeld door een psycholoog) en de stress vermindert, dan kan ook de behandeling van de psoriasis betere resultaten geven.

■ 17. Hebben voedingsmiddelen invloed op psoriasis?

Over voeding is altijd veel te doen. Er is veel onderzoek gedaan naar verschillende voedingsstoffen en het effect daarvan op psoriasis. De uitkomst daarvan is dat een gunstig of ongunstig effect van voeding nooit ondubbelzinnig is aangetoond. Het meeste onderzoek is gedaan naar de werking van plantaardige middelen en visolie, dat veel omega 3 vetzuren bevat. De onderzoeken die verricht zijn vertonen diverse tekortkomingen, met name dat ze niet goed 'vergelijkend' zijn opgezet. In de studies die dat wel zijn, zijn de uitkomsten van de groep mensen die visolie kreeg niet beter dan die van de groep die olijf- of maïsolie kreeg. Wat opgaat voor groepen, hoeft echter niet per se te gelden voor het individu. Wie het gevoel heeft dat bepaalde voedingsmiddelen de psoriasis verbeteren of verslechteren, doet er goed aan dit zelf uit te proberen door een tijdje een dieet te houden en dan te kijken wat er gebeurt. Zoals voor iedereen geldt, is gezond eten natuurlijk het beste: veel verse groente en fruit, niet te veel vet, zout en alcohol.

■ 18 . Heeft roken of drinken invloed op psoriasis?

Mensen met psoriasis blijken over het algemeen meer te roken en te drinken (alcohol) dan mensen zonder psoriasis. Of roken en drinken psoriasis uitlokt, of dat stress door het hebben van psoriasis meer mensen aanzet tot roken en drinken is moeilijk te zeggen. De studies waarin deze verbanden zijn gevonden kunnen daar geen duidelijk antwoord op geven. Feit blijft dat stoppen met roken en matigen van alcohol wenselijk is.

■ 19 . Heeft het klimaat of het weer invloed op psoriasis?

Waar weinig zon is, komt psoriasis meer voor. In landen die verder verwijderd zijn van de evenaar komt psoriasis vaker voor dan in landen die daar dichtbij liggen. Zonlicht heeft een ontstekingsremmend effect op de huid waardoor psoriasis vaak verbetert. Ongeveer tweederde van alle mensen bij wie de diagnose psoriasis wordt gesteld, komt voor het eerst bij een arts in de winter of het voorjaar. Mensen met psoriasis kijken met gemengde gevoelens uit naar de zomer. De zon heeft een weldadig effect op de psoriasisplekken, omdat het de afweer, en daarmee de ontstekingscellen, in de huid remt. Ze kunnen zelfs geheel verdwijnen, maar het betekent wel dat je zo aan iedereen moet tonen dat je psoriasis hebt. Pas wel op dat de huid niet verbrandt, want daardoor kunnen weer nieuwe psoriasisplekken ontstaan. Geniet dus verstandig van de zon: vermijd felle zon en bescherm de huid tegen verbranden met een goede zonnebrandcrème (ook wel antizonnebrandcrème of zonnemelk) met een hoge beschermingsfactor (SPF). Een te lange en te intensieve blootstelling van de huid aan de zon verhoogt op termijn de kans op schade aan de huid door uv-straling. Hierdoor kan op den duur huidkanker ontstaan. Voor mensen met een gevoelige huid (dat zijn meestal mensen met een lichte huid) zijn speciale zonproducten verkrijgbaar.

■ 20 . Heeft de zwangerschap invloed op psoriasis?

Bij ongeveer de helft van de vrouwen met psoriasis heeft de zwangerschap invloed op de ernst van de huidaandoening. De kans dat psoriasis verbetert in de zwangerschap is overigens groter dan dat het verergert, omdat de afweer tijdens de zwangerschap op een lager pitje komt te staan. Na de bevalling is dat dan weer andersom. In enkele gevallen kan tijdens de zwangerschap een zeldzame vorm van psoriasis ontstaan: psoriasis pustulosa. (Zie vraag 24).

■ 21. Heeft het geslacht invloed op psoriasis?

Er zijn geen duidelijke man-vrouw-verschillen. Psoriasis komt bij beide geslachten even vaak voor, zowel in lichte als in ernstige vorm. Wel lijkt het erop dat psoriasis bij vrouwen gemiddeld op iets jongere leeftijd begint.

■ 22. Hoe uit psoriasis zich?

De meest voorkomende vorm van psoriasis is de gewone psoriasis (psoriasis vulgaris of plaque psoriasis genoemd). De kenmerken zijn rode schilferende plekken met een scherpe begrenzing. De plekken variëren in grootte. Door samenvloeien ontstaan soms grote plakken die ronde of grillige vormen kunnen aannemen. De psoriasisplekken kunnen op elke plaats voorkomen, maar vooral op de strekzijde van ellebogen, knieën en scheenbenen, het behaarde hoofd en de onderrug. Op de handpalmen en voetzolen kan psoriasis voorkomen met pijnlijke kloven en puistjes (psoriasis palmoplantaris genoemd).

Psoriasis kan ook in de lichaamsplooiën voorkomen (liezen, oksels, bilspleet, navel en plooi onder de borsten) en heet dan psoriasis inversa. De schilfering is in deze gebieden meestal afwezig. Daarnaast zijn er nog enkele andere vormen van psoriasis: psoriasis guttata, psoriasis pustulosa en psoriasis erythrodermie (zie vraag 24).

Bij psoriasis guttata ontstaat in een korte periode een uitslag van kleine psoriasisplekken, meestal na een keelinfectie. Psoriasis pustulosa is een vorm van psoriasis waarbij pustels (etterpuistjes) voorkomen. Bij psoriasis erythrodermie is (bijna) de gehele huid aangedaan en is deze vooral rood. Vaak komen ook nagelafwijkingen voor bij psoriasis. De nagels worden dan dikker, laten los aan het uiteinde en vertonen putjes en geelbruine vlekken.

■ 23. Welke klachten kan psoriasis geven?

Met welke klachten men te maken krijgt, en in welke mate, hangt van meerdere dingen af: welke soort psoriasis men heeft (zie vraag 24), de ernst van de psoriasis, waar de plekken zitten, hoe uitgebreid de psoriasis is, of men ook last heeft van aanvallen van verergering en of er ook gewrichtsklachten zijn. In deze vragenlijst worden niet alle mogelijke klachten besproken, maar alleen de lichamelijke klachten die regelmatig voorkomen, zoals schilfering, jeuk, pijn en huidbeschadiging, al of niet met bloeden (wondjes, kloven). Vrijwel iedereen met psoriasis die niet wordt behandeld heeft last van schilfering. De een heeft daar meer last van dan de ander. Als psoriasis op het behaarde hoofd zit, zitten de schilfers vaak zichtbaar op de kleren. Dit kan veel psychosociale problemen geven. Jeuk komt vaker voor dan wordt verondersteld.

Men zegt wel dat psoriasis een huidaandoening is die niet jeukt, maar sommige mensen met psoriasis hebben er toch erg veel last van, vooral als de plekken wat zijn uitgedroogd, of wanneer een plek aan het opkomen is. Meestal doet psoriasis ook geen pijn, maar er zijn wel gevoelige plekken, waar de psoriasis meer ongemak veroorzaakt. Lastige plaatsen zijn bijvoorbeeld de huidplooien, wanneer de aangetaste plekken over elkaar heen schuiven, zoals de bilnaad, maar ook de onderkant van de voeten of op de handen. Ook kan men pijn krijgen doordat men de plekken open krabt. Hierdoor kan de psoriasis ook weer verergeren (zie Köbner-fenomeen – vraag 13). Als men de psoriasisplekken kapot krabt, kunnen er wondjes ontstaan en kunnen de plekken gaan bloeden. Dat kan ook gebeuren zonder krabben. Op plaatsen waar de huid erg droog is en onder spanning staat, ontstaan gemakkelijk kloven.

■ 24 . Welke vormen van psoriasis zijn er?

Niemand met psoriasis heeft dezelfde soort psoriasis. De een heeft slechts enkele plekken, de ander zit helemaal onder. Bij de een zijn het kleine plekjes, bij de ander grote plakken. Bij iedereen ziet de aandoening er anders uit. Behalve in allerlei maten komt psoriasis ook in allerlei soorten voor. Globaal gesproken kunnen de volgende groepen worden onderscheiden:

Psoriasis vulgaris

De meest voorkomende is psoriasis vulgaris, 'gewone' psoriasis. Deze vorm is herkenbaar aan de duidelijk begrensde, rode, schilferende plekken, wisselend van grootte en verspreid over de huid. Het zijn verheven plekken (plaques) die op de huid lijken te liggen. Het wordt dan ook wel 'plaque psoriasis' genoemd. Op de plekken zitten zilverachtige schilfers. Ze komen vooral voor op de strekzijde van de ellebogen, knieën en op de rug boven de billen. Maar ze kunnen ook op andere delen van het lichaam voorkomen, bijvoorbeeld op de hoofdhuid (men spreekt dan van psoriasis capitis). In het gezicht komt het niet vaak voor. Ongeveer 90% van de mensen met psoriasis heeft psoriasis vulgaris. De plekken kunnen spontaan en zeer geleidelijk ontstaan, of overblijven na een doorgemaakte psoriasis guttata (zie hieronder).

Psoriasis inversa

Bij sommige mensen zitten de psoriasis plekken in de lichaamspleoien zoals de oksels, de liezen, de bilnaad, de geslachtsdelen, onder de borsten en in de navel en soms ook aan de binnenkant van de ellebogen en knieën. Men spreekt dan van omgekeerde psoriasis ofwel psoriasis inversa. De plekken zijn dan vaak felrood en minder schilferend; de begrenzing is scherp. Deze vorm van psoriasis komt vooral voor bij zwaarlijvige mensen. Ook kunnen pijnlijke kloven optreden, vooral in de bilspleet. Bij veel zweten kunnen de plekken wittig verkleuren, de zogeheten maceratie. Dat kan ook pijn doen. Psoriasis inversa kan spontaan ontstaan bij iemand met psoriasis, maar ook als gevolg van bijvoorbeeld een schimmelinfectie op die plaats. Dat is dan eigenlijk een Köbner-reactie (zie vraag 13). Vroeger werd er niet vaak over deze plekken gesproken, maar gelukkig wordt er nu steeds meer aandacht aan besteed. Deze plekken hebben overigens een andere aanpak van behandeling nodig.

Psoriasis unguium

Bij veel mensen met psoriasis zijn de nagels ook aangetast (psoriasis unguium). Als je alle kleine afwijkingen meerekent, komt dit voor bij ongeveer de helft van alle mensen met psoriasis. Nagelpsoriasis kan voorkomen op 1 nagel, maar ook op alle nagels van de handen en voeten. Vaak zitten er putjes in de nagelplaat en zijn er witte, oranje-gele of bruine verkleuringen te zien: het olievlek fenomeen genoemd. In het uiterste geval laat de nagel zelfs los. Soms beperkt de psoriasis zich alleen tot de nagel en zijn er verder geen huidklachten. Mensen kunnen er bij allerlei dagelijkse activiteiten veel pijn en last van hebben. De kans op het ontstaan van nagelpsoriasis is groter bij mensen ouder dan 40 jaar en mensen die ook artritis psoriatica hebben.

Psoriasis guttata

Psoriasis guttata ('druppelpsoriasis') is een bijzondere vorm van psoriasis waarbij in korte tijd (enkele dagen tot weken) een uitslag met heel veel kleine (2 millimeter tot 1 centimeter grote) plekje ontstaan, verspreid over het lichaam. De plekjes zitten bij voorkeur op de romp, de bovenarmen en de bovenbenen, maar toch ook vrij vaak in het gezicht en op het hoofd. Soms zijn er maar een stuk of 10, maar meestal zijn er wel meer dan 100 psoriasisplekjes. In het begin is er weinig schilfering, die wel zichtbaar gemaakt kan worden door er overheen te krabben (het kaarsvetfenomeen; zie vraag 31). Psoriasis guttata houdt meestal slechts enkele weken aan en verdwijnt dan weer vanzelf, maar kan ook overgaan in een gewone psoriasis. Het komt vooral voor bij kinderen en ontstaat vaak door een of andere prikkel van buitenaf, zoals een infectie (bijvoorbeeld keelontsteking) of een stresssituatie. (zie ook vraag 14 en 16).

Psoriasis pustulosa

Psoriasis pustulosa (ook wel psoriasis Von Zumbusch of puistjespsoriasis genoemd) is een zeldzame vorm van psoriasis, waarbij de psoriasisplekken bedekt zijn met troebele blaasjes (puistjes of pustels). De psoriasisplekken hebben eerst 'puistjes' met een puskopje, daarna gaat de huid schilferen. Zij kunnen voorkomen op het hele lichaam of alleen op de handpalmen en voetzolen. In dat laatste geval spreekt men van psoriasis palmoplantaris ofwel 'de ziekte van Andrews en Barber'. Die ziekte wordt door sommigen wel als een variant van psoriasis beschouwd, maar door anderen als een aparte ziekte. Psoriasis pustulosa die zich over het hele lichaam uitbreidt kan spontaan ontstaan, zonder aanwijsbare reden, maar kan ook het gevolg zijn van een intensieve behandeling met bijvoorbeeld licht (PUVA) of corticosteroïden (bijnierschors hormonen) en biologicals. Omdat veel te veel afweercellen in de huid zijn gaan zitten, is men bij deze vorm van psoriasis erg ziek en moet deze goed behandeld worden. Vaak gaat zo'n verergering gepaard met koorts en voelt men zich ziek. In de regel herstelt de huid vanzelf na een paar weken, maar na verloop van tijd kan de psoriasis pustulosa weer terugkomen.

Psoriasis erythrodermie

Psoriasis erythrodermie is een zeldzame vorm van psoriasis waarbij nagenoeg de gehele huid van top tot teen bedekt is met psoriasisplekken of rood is (erythrodermie) en schilfert. Hierbij voelt men zich behoorlijk ziek, heeft men last van koude rillingen en veel jeuk. Wanneer de psoriasis zo uitgebreid is, kunnen belangrijke functies van het lichaam ontregeld raken, zoals verlies van warmte en vocht. Psoriasis erythrodermie kan geleidelijk ontstaan uit psoriasis vulgaris, maar het kan ook een plotselinge verergering zijn van een over het lichaam verspreide psoriasis pustulosa.

Psoriasis arthropathica

Vrij veel mensen met psoriasis krijgen ook last van gewrichtsklachten. De schattingen lopen uiteen van 5 tot 40%. Deze vorm heet 'psoriasis arthropathica' of, als men meer last heeft van de gewrichtsklachten dan van de huidafwijkingen: 'arthritis psoriatica'. Arthritis betekent gewrichtsontsteking en arthritis psoriatica is dan ook een reumatische aandoening. Sommige mensen hebben een ernstige vorm van psoriasis en nauwelijks gewrichtsklachten. Anderen hebben veel gewrichtsklachten en weinig last van hun huid. De gewrichtsklachten kunnen zelfs optreden voordat er ooit afwijkingen aan de huid zichtbaar zijn geweest. De huid- en gewrichtsklachten ontwikkelen zich meestal niet gelijktijdig. Meestal gaat het om de kleine gewrichten van handen en voeten. Maar ook grote gewrichten, zoals in een knie of elleboog, kunnen ontstoken raken. De dermatoloog en reumatoloog overleggen vaak over de behandeling. De dermatoloog zal de huidklachten op dezelfde manier behandelen als andere soorten psoriasis en de reumatoloog behandelt dan de gewrichtsontstekingen. Sommige medicijnen werken zowel tegen de gewrichtsklachten als de huidklachten.

Psoriasis capitis

Psoriasis capitis is psoriasis die op het behaarde hoofd zit (caput = hoofd). Ruim de helft van de mensen met 'gewone' psoriasis (psoriasis vulgaris) krijgt ook plekken op het behaarde hoofd, vooral langs de haargrens. Het kunnen kleine plekjes zijn, maar ook flinke, verdikte plakken. Vervelend is dat de plekken meestal een overmatige schilfering hebben, die in de haren langer blijft zitten dan op de huid. Die schilfers zijn vooral in donker haar en op donkere kleding goed zichtbaar. Bij hoge uitzondering ontstaat haaruitval, maar de haarwortels gaan niet verloren en na een goede behandeling treedt er weer haargroei op. Door krabben aan deze plekken, wat vaak gebeurt, verergert de psoriasis.

■ 25. Is psoriasis altijd even erg en waardoor verergert het?

Hoe psoriasis zich ontwikkelt, is niet te voorspellen. Bij de meeste mensen gaat het op en neer. Dat verschilt van persoon tot persoon. Ook als de plekken verdwijnen, trekken ze bijna nooit voorgoed weg. De oorzaak van psoriasis ligt immers in een verstoorde werking van het afweersysteem, die niet kan worden hersteld. Daardoor is het een chronische aandoening. Er zijn mensen met lichte psoriasis die nooit meer last hebben dan een enkel schilferend plekje op hun ellebogen of knieën, maar men kan ook vele jeukende plekken hebben, verspreid over het hele lichaam. De ernst hangt ook af van welke vorm psoriasis waar men last van heeft. Zo zal een aanval van psoriasis guttata (zie vraag 24) vaak vanzelf genezen. Daarnaast zijn er allerlei factoren die het beloop kunnen beïnvloeden, zoals een infectie, een periode met stress, het gebruik van medicijnen of de winterperiode. Bij de een heeft alcohol een ongunstige invloed op psoriasis, bij de ander gebeurt dat door roken. Het stoppen met roken kan de psoriasis dan verbeteren. Bij vrouwen met psoriasis kunnen de klachten tijdens en na een zwangerschap ook veranderen (zie vraag 20). Bij de een nemen de klachten af, bij de ander verergeren ze.

■ 26. Kan sporten kwaad of is het juist goed?

Sport is gezond en leuk en er zijn voor mensen met psoriasis geen redenen om het niet meer te doen als men zich verder goed voelt. Afhankelijk van de soort sport (als de psoriasis door de kleding bijvoorbeeld erg zichtbaar is, of er na afloop samen wordt gedoucht) is het misschien wel handig om de trainer en / of de teamgenoten te vertellen dat men psoriasis heeft. Zo voorkomt men eventuele misverstanden en vooroordelen over de aandoening. Men kan er ook mee zwemmen, als men de huid na het zwemmen maar goed verzorgt, zodat deze niet uitdroogt. Dat geldt vooral voor zwembaden waar chloor aan het water is toegevoegd; water droogt de huid op zich al een beetje uit en door chloor wordt dat nog erger. Zeewater is zout en dat is vaak erg goed voor de psoriasishuid.

■ 27 . Welke invloed heeft stress op psoriasis?

Het lijkt erop dat stress psoriasis kan uitlokken of verergeren. Dan kan je in een vicieuze cirkel terechtkomen, want psoriasis kan op zijn beurt ook weer tot stress leiden. Ongeveer een derde van de mensen met psoriasis heeft emotionele en psychische klachten als gevolg van psoriasis. Psoriasis heeft invloed op het dagelijkse leven; dit geldt voor volwassenen en zeker ook voor kinderen. Het kan invloed hebben op het sociale leven, maar zeker ook op het leven op school of bij werk en sporten.

■ 28 . Welke invloed heeft psoriasis op het dagelijks functioneren?

Psoriasis kan een grote invloed hebben op het dagelijks functioneren. Vooral de reactie van mensen uit de eigen omgeving kan van grote invloed zijn op hoe men de ziekte beleeft. De schaamte voor de huidafwijkingen, en de soms negatieve reacties van anderen, maken het niet gemakkelijk om psoriasis weg te stoppen. Er zijn mensen die hun schouders ophalen en het allemaal van zich af kunnen laten glijden, maar de meesten hebben er meer moeite mee. Er zijn zelfs mensen die door het negatieve zelfbeeld de neiging hebben depressief te worden. De kunst is om 'een knop om te draaien' en er anders over te gaan denken. De psoriasis verandert er niet door, maar het wordt allemaal wel dragelijker. Een psycholoog kan hierbij helpen. Zie ook de uitgave van de Psoriasis Vereniging Nederland (PVN) 'Psoriasis - Beeld - Beleving - Behandeling' en de website www.iamwhatiam.nl

■ 29 . Hoe om te gaan met kinderen met psoriasis?

Psoriasis op jonge leeftijd kan een behoorlijk zware belasting zijn voor zowel de ouders als voor het kind. De aandacht moet daarom ook niet alleen gericht zijn op de medische behandeling, maar zeker ook op de psychische begeleiding. Als de kinderen nog klein zijn, zal de mate waarin zij onder de aandoening lijden, sterk afhangen van de manier waarop de ouders ermee omgaan. Wanneer de kinderen in de puberteit komen, kunnen de gevolgen van de psoriasis soms groot zijn. Het uiterlijk speelt op die leeftijd nu eenmaal een belangrijke rol. Onzekerheid en schaamte kunnen op die leeftijd sterk worden ervaren. De psoriasis kan het kind zo onzeker maken dat het zich gaat afsluiten en zichzelf terugtrekt. Zo kan een kind weigeren om mee te doen met gymles vanwege zijn psoriasis. In dat geval luidt het advies om het aan te kaarten door met de (gym)leraar te praten en het kind aan te moedigen toch mee te doen. Een kind dat als enige niet meedoet, wordt een buitenbeentje en dat is niet goed. Neem de angst en onwetendheid van anderen weg, door open te zijn over de psoriasis, zodat er geen ruimte is voor vooroordelen. Wanneer een kind grote problemen heeft met de aandoening, is het raadzaam hulp te zoeken bij een psycholoog.

■ 30 . Hoe weet men of het psoriasis is?

Vaak kan de dokter aan de afwijkingen van de huid al zien dat het om psoriasis gaat. In een enkel geval wordt onder plaatselijke verdoving een stukje huid weggenomen voor microscopisch onderzoek (een biopt). Dit is echter bijna niet nodig. Soms is het nodig om bepaalde testen te doen om huid- en nagelziekten, die op psoriasis lijken, uit te kunnen sluiten. Bijvoorbeeld een nagelkweek bij psoriasis van de nagels, of het maken van een schimmelkweekje bij psoriasis inversa. Om de ernst van de psoriasis te bepalen, gebruikt de huidarts de zogeheten 'PASI-score'. PASI staat voor Psoriasis Area and Severity Index ofwel psoriasisindex voor uitgebreidheid en ernst. De PASI-score wordt vaak alleen in studies gebruikt. In de praktijk vaker BSA (Body Surface Area). De huidarts gebruikt de PASI-score soms om het effect van een behandeling te meten (zie vraag 33).

■ 31 . Kan een huisarts de diagnose stellen of is het verstandig een dermatoloog (huidarts) te raadplegen?

In principe is psoriasis een ziekte die de huisarts goed kan herkennen, zeker als het om de gewone psoriasis gaat (psoriasis vulgaris), maar soms zijn de kenmerken minder specifiek. In geval van twijfel is het raadzaam om ook de dermatoloog te laten kijken. In de lichaamplooien is psoriasis bijvoorbeeld soms moeilijk te herkennen. Op het behaarde hoofd kan het lijken op seborrhoïsch eczeem en op de handen op chronisch eczeem. Als de huisarts twijfelt, kan hij nog andere dingen doen om de diagnose zekerder te maken. Zo kan hij met een spatel of nagel over de plek krabben. Als de opperste laag van de huid hierdoor witter wordt, is het bijna zeker dat het om psoriasis gaat. Dit heet het 'kaarsvetfenomeen'. Wanneer de schilfering op een psoriasisplek, door krabben, steeds meer wordt verwijderd, wordt op een gegeven moment een vochtig rood oppervlak gezien met daarin puntvormige bloedingen. Ook dit verschijnsel is karakteristiek voor psoriasis en heet het 'teken van Auspitz'. De oorzaak hiervan is dat de bloedvaatjes bij psoriasis zeer dicht onder de huid liggen en dus snel kapot gekrabd worden.

■ 32. Met welke vragen kan de huisarts de diagnose nog zekerder maken?

De huisarts zal ook een aantal vragen stellen, zoals:

- Komt psoriasis voor in de familie?
- Ontstaan er (meer) plekken door wondjes of door recent gebruik van medicijnen?
- Heeft zonlicht invloed op de plekken?
- Zijn er bijkomende klachten (jeuk, gewrichtsklachten, putjes of verkleuringen van de nagels)?
- Bent u onlangs ziek geweest (griep, keelontsteking)?

■ 33. Wat is de PASI?

PASI is de afkorting van Psoriasis Area and Severity Index. Hierbij wordt de ernst van de psoriasis bepaald aan de hand van: het oppervlak van de huid dat is aangedaan, de intensiteit van de roodheid, de mate van de schilfering, de dikte van de plekken en de hoeveelheid jeuk die de plekken veroorzaken. Er zijn naast de PASI ook andere meetinstrumenten voor psoriasis. De PASI wordt het meest gebruikt. De PASI wordt vooral gebruikt om het effect van (nieuwe) medicijnen voor psoriasis te meten en te beoordelen. Buiten wetenschappelijk onderzoek om wordt de PASI zelden toegepast.

■ 34. Is psoriasis te genezen?

Er zijn tot nu toe geen behandelingen die psoriasis genezen. Men kan alleen de klachten bestrijden, waardoor mensen met deze aandoening een normaal leven kunnen leiden. Door de behandeling kan men zelfs lange tijd geen last hebben; de psoriasis zelf zal onderdrukt zijn, maar niet verdwijnen. De klachten kunnen altijd weer opklaaien. Gelukkig zijn er veel behandelingen die goed werken tegen de verschijnselen van psoriasis. De werking van de verschillende behandelingsmethoden berust op remming van de te snel delende cellen in de opperhuid en op onderdrukking van de ontstekingsreactie in de huid.

Men kan ook zelf het een en ander doen om verergering te voorkómen, bijvoorbeeld door de huid goed in te smeren en vet te houden. Het is bij psoriasis niet zo, dat een snelle en goede behandeling nodig is voor een beter verloop van de ziekte. Met de behandeling bestrijdt men alleen de uiterlijke kenmerken van de ziekte. De behandeling heeft geen invloed op hoe de aandoening zich in de toekomst zal ontwikkelen, behalve in geval van gewrichtsklachten. Daarvoor geldt dat tijdige behandeling latere blijvende schade kan voorkomen.

■ 35. Moet psoriasis altijd worden behandeld?

Psoriasis van de huid hoeft niet, maar kan wel worden behandeld. Dat moet iedereen persoonlijk afwegen. Het hangt met name af van de last die men ervan heeft. De voortdurende roodheid en schilfering en de vaak aanwezige jeuk, zorgen bij veel mensen voor een laag gevoel van eigenwaarde, onzekerheid, schaamte en kunnen - zoals dat bij veel huidziekten het geval is - leiden tot depressie.

Maar een behandeling kan nogal wat van iemand vergen. Bijvoorbeeld dat men tweemaal per dag de plekken moet insmeren. Zo'n behandeling maakt ook dat men er dagelijks mee wordt geconfronteerd. Wie weinig last heeft van de psoriasisplekken, bijvoorbeeld als het maar om een paar kleine plekjes gaat, kan meer last hebben van het smeren dan van de aandoening zelf. Psoriasis kent echter wel een grillig verloop; kleine psoriasisplekjes kunnen zich op een later moment fors uitbreiden en dan wel veel last geven. Dan is behandeling wel aan te raden.

■ 36 . Wat kan men van de behandeling verwachten?

Hoewel er nooit garanties te geven zijn, mag men er in principe van uitgaan dat u na 3 à 4 maanden een duidelijke verbetering (zo'n 75%) van uw huid hebt. Aarzel niet om met de arts te overleggen bij twijfel aan het resultaat.

■ 37 . Wie behandelt psoriasis?

Als men vermoedt psoriasis te hebben, is het raadzaam om die diagnose met zekerheid te laten stellen door de huisarts of een dermatoloog. Lichte psoriasis wordt meestal door de huisarts behandeld; ernstige psoriasis door de dermatoloog. Vaak komt men dan weer terug bij de huisarts als de psoriasis in een rustige fase verkeert. Aarzel niet om opnieuw een doorverwijzing naar een dermatoloog te vragen als de ingestelde behandeling onvoldoende aanslaat of als er plotseling een verergering optreedt. Ook is het raadzaam om zo nu en dan te informeren of er wellicht nieuwe ontwikkelingen in de behandeling zijn.

■ 38. Hoe bepaalt de dokter welke behandeling het meest geschikt is?

Bij de keuze voor een bepaalde soort behandeling wordt vooral gekeken naar de ernst, de uitgebreidheid, de vorm, de plaats, de klachten van de psoriasis, in welke mate men daar last van heeft, wat de wens van de patiënt is en welke invloed de psoriasis op het dagelijkse leven heeft. Voor mensen met weinig last is de lokale therapie (zalven en crèmes) vaak voldoende, terwijl lichttherapie en systemische therapie (pillen en injecties) gebruikt worden bij ernstiger vormen van psoriasis. Vaak zijn lokale behandelingen dan al geprobeerd. Combinaties van behandelingen worden ook vaak gebruikt. Biologicals (injecties of infuus) zijn een relatief nieuwe vorm van systemische behandeling (zie vraag 110 tot en met 114). Voordat men biologicals kan gaan gebruiken, moeten volgens de richtlijnen van artsen eerst een aantal andere behandelingen geprobeerd zijn. Dat heeft ook te maken met de hoge kosten van deze geneesmiddelen.

■ 39. Kun je voorkomen dat psoriasis terugkomt als het na behandeling is verdwenen?

Er zijn tot nu toe geen behandelingen die psoriasis genezen. Het is dan ook niet mogelijk te voorkomen dat de psoriasisplekken terugkomen als de huid helemaal egaal ('gaaf') is geworden. Men kan alleen de klachten bestrijden en meestal zodanig dat men een vrijwel normaal leven kan leiden. Door de behandeling kan men zelfs lange tijd geen last ervan hebben, maar de psoriasis zelf zal niet verdwijnen. De klachten kunnen altijd weer terugkomen. Gelukkig zijn er veel behandelingen die goed werken tegen de verschijnselen van psoriasis. De werking van de verschillende behandelmethoden berust op remming van de te snel delende cellen in de opperhuid en op onderdrukking van de ontstekingsreactie in de huid.

Men kan ook zelf het een en ander doen om verergering te voorkómen, onder andere door goede huidverzorging ter voorkoming van uitdroging en beschadiging van de huid, beperken van stress door leefregels en dergelijke.

■ 40. Op welke manieren kan psoriasis worden behandeld?

Er zijn in principe 3 soorten behandeling:

1. Het insmeren van de plekken met een crème, zalf, gel of lotion, waarin meestal een medicijn zit dat de psoriasis onderdrukt; dat heet lokale therapie
2. Behandeling met (ultraviolet) licht (dit is geen zonnebank!), soms in combinatie met medicijnen
3. Behandeling met medicijnen die als tabletten of capsules door de mond worden ingenomen, of door middel van injecties of een infuus worden toegediend. Deze medicijnen komen zo via het bloed in de huid terecht; dit noemt men systemische therapie.

Ook combinaties van deze 3 behandelingen zijn mogelijk.

■ 41. Welke lokale (uitwendige) (smeer)behandelingen zijn er?

Het vet houden van de huid met vette crèmes en zalven is goed voor de huid. Ook baden met toevoeging van badolie is nuttig. Er zijn verschillende medicijnen die men aan een zalf, crème, gel of lotion (voor behaarde hoofd) kan toevoegen. Zodoende komt het medicijn voornamelijk op de plaats waar het nodig is en niet elders in het lichaam, zoals bij pillen of injecties. Het grote voordeel daarvan is een kleinere kans op bijwerkingen op organen, zoals lever en nieren. Anderzijds vraagt het de nodige discipline om alle plekkjes dagelijks in te smeren.

De meest toegepaste medicijnen zijn calcipotriol en corticosteroiden. Calcipotriol (en calcitriol) is een medicijn dat verwant is aan vitamine D. Corticosteroiden zijn medicijnen die zijn afgeleid van bijnierschors hormonen. Ze worden ook wel 'hormoonzalven' genoemd. Iets minder gangbaar zijn dithranol (een plantaardig medicijn), koolteer (uit steenkool gemaakt) en salicylzuur (een medicijn dat schilfers losmaakt), waardoor andere medicijnen, zoals corticosteroiden en ultraviolette straling beter hun werk kunnen doen. Vaak worden deze middelen naast elkaar gebruikt, bijvoorbeeld het ene middel 's ochtends en het andere 's avonds.

■ 42. Is lokale therapie voor iedereen geschikt?

Omdat lokale therapie plaatselijk wordt gebruikt, en relatief weinig bijwerkingen heeft, kunnen veel mensen er gebruik van maken. Daarbij speelt wel een rol hoe ernstig de psoriasis is. Bij mensen met (zeer) ernstige of uitgebreide psoriasis werkt lokale therapie meestal onvoldoende. Ook kan het dagelijks insmeren van heel veel psoriasisplekkjes zeer tijdrovend en belastend zijn.

■ 43. Maakt het uit of men een zalf, crème, gel of lotion gebruikt?

Voor de droge, schilferige psoriasisplekken gebruikt men bij voorkeur een zalf of vette crème. Die lost de schilfers op en maakt de huid soepeler. Vette crèmes en zalven zullen de psoriasisplekken zelfs al wat verbeteren, zonder dat er een specifiek medicijn tegen psoriasis is toegevoegd. Vette crèmes of zalven kan men dus goed gebruiken om de huid in goede conditie te houden. In een vette basis werken de medicijnen ook beter; het vetlaagje op de huid zorgt ervoor dat het water in de huid niet verdampt. Daardoor kan het medicijn dieper in de huid doordringen. Een gel kan ook op het lichaam gebruikt worden, en heeft als voordeel dat het makkelijker uit te smeren is dan een vette zalf. Op de behaarde hoofdhuid of bij psoriasis inversa (plooien) is een zalf moeilijker uit te wassen en daar gaat de voorkeur dan ook uit naar een lotion, gel of een met shampoo uitwasbare crème.

■ 44. Wat zijn vitamine-D-preparaten?

Vitamine-D-preparaten (calcipotriol en calcitriol) zijn sinds 1990 op de markt. Zij behoren tot de meest voorgeschreven medicijnen voor psoriasis. Calcipotriol (merknaam Daivonex®) is er alleen nog als crème. Calcitriol (merknaam Silkis©) is er als zalf. Ze werken vooral in op de celdeling en celgroei in de opperhuid, minder op de ontsteking. De plekken moeten hiermee een- of tweemaal per dag worden behandeld. De werking is langzaam: men moet enkele (2 tot 4) weken wachten op de eerste tekenen van verbetering. De maximale werking bereikt men pas na enkele maanden. Eerst vermindert de schilfering, daarna worden de plekken vlakker en ten slotte wordt ook de roodheid minder. Het maximale resultaat wordt na ongeveer 6 tot 8 weken bereikt.

Calcitriol is ook op de markt in combinatie met een corticosteroïd onder de merknaam Dovobet® zalf, Dovobet® gel of Xamiol lotion®.

Xamiol® is vooral geschikt voor het behaarde hoofd. Bij deze combinatieproducten kan volstaan worden met 1-daagse toepassing en is het resultaat na ongeveer 4 weken maximaal.

■ 45. Welke bijwerkingen hebben vitamine-D-preparaten?

De meest voorkomende bijwerking is irritatie van de huid, vooral op het gezicht en in de plooien. Soms is de irritatie van de huid zo erg, dat de behandeling daardoor enige tijd moet worden onderbroken. Als men vitamine D op grote huidoppervlakten en te langdurig gebruikt, is er een zeer kleine kans dat men, door verhoging van het kalkgehalte in het bloed, nierstenen krijgt. Maar dan moet je als volwassene meer dan 100 gram per week en als kind meer dan 50 gram per week smeren. Op langere termijn zijn deze preparaten, wanneer de maximaal toegestane hoeveelheden niet overschreden worden, veilig.

■ 46 . Wat zijn corticosteroïden (hormoonzalven)?

Corticosteroïden behoren tot de meest gebruikte middelen tegen psoriasis. Deze medicijnen zijn verwant aan stoffen die het lichaam ook zelf maakt. Dat zijn bijnierschors hormonen. Daarom worden ze ook wel hormoonzalven genoemd. Zij worden toegepast in lotion, crème, zalf of gel. Soms worden deze middelen ook toegepast onder 'occlusie'. Dat wil zeggen onder een pleister of verband, zodat ze beter werken. Er zijn veel soorten corticosteroïden met grote verschillen in werkzaamheid. Er zijn sterke en zwakke corticosteroïden. De sterke preparaten werken snel en krachtig, maar hebben bij slecht gebruik over het algemeen veel bijwerkingen. Bij lichte vormen van psoriasis wordt een zwak of matig sterk werkend corticosteroïd (klasse 1 en 2) gegeven. Bij een verergering kan kortdurend worden overgegaan op sterkwerkend corticosteroïd (klasse 3). De zeer sterkwerkende preparaten (klasse 4) worden alleen ingezet bij ernstige vormen van psoriasis bij volwassenen.

■ 47. Hoe werken corticosteroïden (hormoonzalven)?

Corticosteroïden grijpen vooral in op de ontsteking (roodheid), maar remmen ook de celdeling in de opperhuid en knijpen de kleine bloedvaatjes dicht. Zij werken daardoor ontsteking- en jeuk remmend, maar kunnen voor gewenning zorgen waardoor ze bij langdurig continu gebruik niet meer zo goed werken. Soms lukt het dan weer wel als je verandert van type corticosteroïd. Als men de behandeling plots stopt kan een verergering van psoriasis optreden.

■ 48 . Wat is het verschil tussen sterk en zwak werkende corticosteroïden (hormoonzalven)?

Corticosteroïden werken niet allemaal even sterk. Zij worden naar hun sterkte ingedeeld in 4 klassen:

- klasse 1 = zwak werkzaam
- klasse 2 = matig sterk werkzaam
- klasse 3 = sterk werkzaam
- klasse 4 = zeer sterk werkzaam.

De grenzen tussen deze klassen zijn niet erg scherp, vooral wat betreft klasse 2 en 3.

Klasse 1

- Hydrocortisonacetaat 1%

Klasse 2

- Clobetason (butyraat) 0,05% (Emovate ®)
- Flumetason 0,02% (Locacorten ®, Locasalen ®)
- Hydrocortisonbutyraat 0,1% (Locoid ®)
- Triamcinolon acetonide 0,1%

Klasse 3

- Bètamethasondipropionaat 0,05% (Diprosone ®)
- Bètamethasonvaleraat 0,1% (FNA, Betnelan ®, Celestoderm ®)
- Desoximethason 0,25% (Ibaril ®Topi Corte ®)
- Diflucortolon 0,1% (Nerisona ®)
- Fluticason (crème 0,05%, zalf 0,005%) (Cutivate ®)
- Mometason 0,1% (Elocon ®)

Klasse 4

- Bètamethasondipropionaat 0,05% in propyleenglycol (Diprolene ®)
- Clobetasol (propionaat) 0,05% (Dermovate ®)

■ 49. Waar hangt het vanaf of corticosteroiden (hormoonzalven) helpen bij psoriasis?

De werkzaamheid van het corticosteroid op de psoriasisplekken hangt niet alleen af van welk corticosteroid gebruikt wordt (sterk of zwak), maar ook van de toedieningsvorm en van de toestand van de huid. Zalven helpen over het algemeen iets beter dan crèmes en crèmes zijn op hun beurt wat effectiever dan lotions. Aan sommige preparaten zijn stoffen toegevoegd zoals salicylzuur, ureum, propyleenglycol en vitamine D, met het doel om de corticosteroiden beter in de huid te laten binnendringen. Op plaatsen waar de huid dun is zoals de plooien, de geslachtsorganen, de oogleden en het voorhoofd zal er meer van het corticosteroid in de huid worden opgenomen (en werkt dus sterker) dan op plaatsen met een dikke huid zoals de handpalmen en de voetzolen.

■ 50. Waarop berust de weerzin tegen corticosteroiden?

Bij veel mensen bestaat angst voor en soms afkeer van het smeren van crèmes en zalven met corticosteroiden, vooral bij ouders van jonge kinderen. Dat komt omdat iedereen wel eens gehoord heeft van de bijwerkingen van deze medicijnen en ze in de bijsluiter staan beschreven. Inderdaad zijn sommige onschuldige bijwerkingen niet zeldzaam, soms kunnen ook ernstige bijwerkingen optreden. Corticosteroiden worden echter al zeer lang gebruikt en door op de juiste wijze te behandelen kan ernstige en onherstelbare schade eigenlijk altijd worden voorkomen. Men moet er voorzichtig mee zijn, maar met goede instructies voor het gebruik is het veilig. Overleg daarom altijd met de arts en laat u goed voorlichten bij langdurig gebruik.

■ 51 . Wat gebeurt er als men corticosteroiden (hormoonzalven) lang achtereen gebruikt?

Als men dezelfde corticosteroiden langdurig (maanden) gebruikt, zal de werking teruglopen. Dat is een soort gewenning. Hoe langer men smeert en hoe sterker het corticosteroid, hoe groter ook de kans dat er vervelende bijwerkingen optreden. Bij zeer langdurig gebruik van corticosteroiden op grote oppervlakten, kunnen in zeer zeldzame gevallen bijwerkingen in het lichaam ontstaan, zoals onderdrukking van de eigen aanmaak van het bijnierschors hormoon cortisol. Bij gebruik van sterk werkende corticosteroiden is de kans op bijwerkingen groter dan bij de zwakker werkende corticosteroiden. Om bijwerkingen te voorkomen moet men dus rekening houden met de sterkte van het corticosteroid, hoelang de zalf gebruikt wordt en hoeveel gram per week.

■ 52. Welke bijwerkingen kunnen corticosteroiden (hormoonzalven) veroorzaken?

Er zijn 2 soorten bijwerkingen van corticosteroiden: lokale en systemische bijwerkingen. Lokaal wil zeggen op de plaats waar de zalf gesmeerd wordt. Systemische bijwerkingen ontstaan doordat er veel en te lang van het middel gesmeerd wordt, waardoor de corticosteroidenconcentratie in het bloed stijgt. Lokale bijwerkingen ontstaan voornamelijk wanneer corticosteroiden langdurig (maanden) elke dag of bijna elke dag gesmeerd worden en als de niet aangedane huid ingesmeerd wordt.

■ 53. Welke lokale bijwerkingen kunnen corticosteroiden (hormoonzalven) veroorzaken?

De meest voorkomende lokale bijwerkingen zijn:

- Verdunning van de huid (atrofie)
- Uitslag met kleine rode bultjes rond de mond of rond de ogen (dermatitis perioralis en dermatitis periocularis; peri = rondom, oralis = van de mond, ocularis = van de ogen). Deze uitslag gaat weg door het gebruik van corticosteroiden, maar komt terug bij het stoppen met corticosteroiden
- Huidstriaemen (striae), zoals die kunnen optreden op de buik van vrouwen tijdens en na een zwangerschap. Deze striae, als bijwerking van het gebruik van corticosteroiden, worden vooral gezien op de benen in de liezen, op de armen de oksels en de elleboogplooien, met name bij mensen in de leeftijdscategorie van 17-22 jaar (adolescenten)
- Teleangiëctasieën (couperose); dit zijn fijne rode adertjes. Het gezicht (vooral de wangen) is erg gevoelig voor het optreden van deze bijwerking
- Een grotere bevattelijkheid voor het oplopen van een schimmelinfectie van de huid, die bovendien vaak niet als zodanig wordt herkend omdat het corticosteroid tegelijkertijd de ontstekingsreactie onderdrukt.

-

Minder vaak voorkomende bijwerkingen zijn:

- Contacteczeem (doordat men overgevoelig is geworden voor het corticosteroid of een van de stoffen in het gebruikte preparaat)
- Toename van haartjes (vooral op het gezicht van vrouwen)
- Lichter worden van de huid
- Kleinere en grotere bloedingstoringen in de huid doordat de bloedvaatjes kwetsbaar zijn
- Verergering van bestaande huidinfecties (de afweer tegen infecties wordt door de corticosteroiden onderdrukt), vertraagde genezing van wonden.

Vooral de huid van het gezicht en de huidplooien zijn gevoelig voor bijwerkingen. Op die plaatsen moet men corticosteroiden dan ook beperkt, met de nodige voorzichtigheid, en in goed overleg met de arts gebruiken.

■ 54. Welke systemische bijwerkingen kunnen corticosteroiden (hormoonzalven) veroorzaken?

Systemische bijwerkingen kunnen, in zeldzame gevallen, ontstaan wanneer ten gevolge van langdurige behandeling met (te) grote hoeveelheden corticosteroiden, er (te) veel daarvan door de huid wordt opgenomen en in het bloed terechtkomt. Dit komt eigenlijk bijna alleen maar voor bij mensen die corticosteroiden als pillen slikken. Dan kan een ziektebeeld ontstaan, dat overeenkomt met de situatie waarin de bijnier te veel corticosteroiden produceert, en wanneer er veel van deze hormonen in het bloed komen (het zogeheten 'syndroom van Cushing'). De belangrijkste verschijnselen daarvan zijn gewichtstoename, vollemaansgezicht, dunne kwetsbare huid, slechte wondgenezing en psychische veranderingen. Andere mogelijke systemische bijwerkingen zijn osteoporose (broos worden van de botten), oogafwijkingen zoals glaucoom (verhoogde oogbaldruk) en cataract (staar), aseptische botnecrose (het afsterven van een stukje bot) en bij kinderen remming van de lengtegroei.

■ 55 . Wat is het gevaar van onderdrukking van de bijnier en het optreden van systemische bijwerkingen door uitwendig gebruik van grote hoeveelheden corticosteroiden (hormoonzalven)?

Systemische bijwerkingen kunnen in zeldzame gevallen ontstaan wanneer, ten gevolge van langdurige behandeling met (te) grote hoeveelheden corticosteroiden, er (te) veel daarvan door de huid wordt opgenomen en in het bloed terechtkomt. Dit komt eigenlijk bijna alleen maar voor bij mensen die corticosteroiden als pillen slikken. Bij mensen die een syndroom van Cushing (zie vraag 54) hebben ontwikkeld, bestaat het gevaar, dat bij plotseling staken van de corticosteroiden, er een gebrek aan bijnierschors hormonen ontstaat. De langdurige behandeling met corticosteroiden heeft de bijnier namelijk 'lui' gemaakt en de werking ervan is dan onderdrukt. Door deze bijnierschorsinsufficiëntie ontstaat dan de 'ziekte van Addison'. De belangrijkste symptomen daarvan zijn algehele moeheid en zwakte, bruine verkleuring van de huid, gewichtsverlies, zouthonger en lage bloeddruk.

■ 56. Hoe kun je systemische bijwerkingen van corticosteroiden (hormoonzalven) voorkomen?

Bij volwassenen zijn systemische bijwerkingen door lokaal gebruik zeldzaam. Zeker indien men zich houdt aan de maximaal toegestane hoeveelheden (zie hieronder). Bij kinderen ontstaan systemische bijwerkingen eerder, omdat ze in relatie tot hun lichaamsgewicht een groter huidoppervlak hebben dan volwassenen. Dat is de reden dat kinderen met zwakkere corticosteroiden worden behandeld dan volwassenen en de toegestane hoeveelheden beperkt zijn. Ook zal de dermatoloog zo snel mogelijk met het zwakst mogelijke corticosteroid gaan behandelen en dan afwisselen. 3 tot 4 dagen per week wel behandelen met een corticosteroid en 4 tot 3 dagen per week geen behandeling of een andere behandeling.

■ 57. Hoe kun je corticosteroiden (hormoonzalven) het beste gebruiken?

Bij de behandeling van psoriasis met corticosteroiden wordt onderscheid gemaakt tussen een beginfase en een onderhoudsfase. In de beginfase wordt het corticosteroid gedurende enkele weken een- of tweemaal per dag aangebracht. In de onderhoudsfase wordt het middel op 3 of 4 achtereenvolgende of afwisselende dagen aangebracht, eenmaal per dag, gevolgd door 3 of 4 dagen behandeling met een verzorgende crème of bijvoorbeeld met een vitamine D3-preparaat. Als men een tijdje een corticosteroid heeft gebruikt en de huid is rustig geworden, is het dan ook verstandig om geleidelijk steeds minder te smeren. Bijvoorbeeld door eerst om de dag, later naar tweemaal per week of afwisselend te smeren en uiteindelijk helemaal te stoppen. Als de psoriasis zo ernstig is dat het niet lukt om te stoppen, zal men uiteindelijk een andere behandeling moeten kiezen.

■ 58. Gaat de voorkeur uit naar sterk of zwak werkende corticosteroiden (hormoonzalven)?

In het algemeen probeert de dermatoloog de zwakste hormoonzalven voor te schrijven, waarmee het gewenste effect bereikt kan worden. Voor psoriasis is in de beginfase vaak klasse 3 of 4 nodig. Bij kinderen is men extra voorzichtig, ook bij het smeren op plekken die extra gevoelig zijn voor bijwerkingen, zoals de oogleden, het gezicht, de geslachtsorganen, de oksels, liezen en de elleboogsplooiën.

■ 59 . Moet je corticosteroiden (hormoonzalven) lang of kort smeren?

Als men elke dag een corticosteroid een- of tweemaal per dag op de huid smeert, treden er vroeg of laat onherroepelijk bijwerkingen op. Om dat te voorkomen doet men er goed aan om het corticosteroid gedurende een beperkt aantal dagen per week aan te brengen en wel eenmaal daags of nog minder als men daarmee uitkomt. Een veel gebruikt schema is 3 (of 4) opeenvolgende dagen per week, gevolgd door 4 (of 3) dagen geen behandeling of een geheel andere therapie (zie de volgende vragen). Dit voorkomt het gewenningseffect en vermindert de kans op bijwerkingen. Als de psoriasis jeuk veroorzaakt en deze vaak 's avonds en 's nachts optreedt, is het raadzaam om corticosteroiden aan het eind van de middag of het begin van de avond aan te brengen. Ook is het zaak om in een rustige fase van de psoriasis een zwak corticosteroid of liefst vitamine D te gebruiken. Zo nodig kan men dan weer kortdurend overgaan op een sterk werkend preparaat als de psoriasis verergert. Met dit schema zullen bijwerkingen zelden optreden, ten minste als er niet te veel corticosteroid wordt gesmeerd.

■ 60 . Moet je corticosteroiden (hormoonzalven) dik of dun smeren?

Om de kans op bijwerkingen te verkleinen, is het verstandig om dun te smeren en per week niet meer dan een bepaalde hoeveelheid van het corticosteroid te smeren. Voor volwassenen geldt voor de preparaten uit klasse 2 en klasse 3 een maximale hoeveelheid van 100 gram per week. De hoeveelheid van middelen uit klasse 4 moet beperkt blijven tot 50 gram per week.

■ 61. Kunnen zwangeren probleemloos corticosteroiden (hormoonzalven) gebruiken?

Het gebruik tijdens de zwangerschap van normale hoeveelheden corticosteroiden die momenteel in Nederland verkrijgbaar zijn, wordt als veilig beschouwd (het is weliswaar zo dat het smeren van grote hoeveelheden corticosteroiden bij zwangere dieren kan leiden tot aangeboren afwijkingen, maar bij mensen is een dergelijk effect nooit aangetoond). Bijwerkingen van het gebruik van corticosteroiden bij vrouwen die borstvoeding geven zijn nooit gezien. Het aanbrengen van een corticosteroid op de tepels voor het zogen dient echter te worden vermeden, omdat de baby anders de hormonen in de mond kan krijgen.

■ 62 . Kunnen kinderen zonder problemen corticosteroiden (hormoonzalven) gebruiken?

Bij kinderen is men extra voorzichtig, omdat zij een grotere kans hebben op systemische bijwerkingen, zoals onderdrukking van de bijnier (zie vraag 55) en remming van de lengtegroei. Men zal dus proberen met een zo zwak mogelijk corticosteroid uit te komen. Afhankelijk van de leeftijd van het kind worden hoeveelheden van 30 tot 60 gram per week van klasse 1 en 2 als veilig beschouwd. Klasse 3 wordt zo kort mogelijk gegeven. De sterkte van het corticosteroid moet mogelijk worden afgebouwd en als het even mogelijk is, gaat men over op de onderhoudsbehandeling met 3 behandeldagen per week.

Bij langdurig (meer dan 3 maanden) intensief gebruik van corticosteroiden (wat men overigens zo veel mogelijk moet proberen te vermijden) moet de ontwikkeling van de lichaamslengte gecontroleerd worden, door om de 3 maanden de lengte te meten en in een curve uit te zetten. Indien men de maximaal te smeren hoeveelheden niet overschrijdt (de hormonen die geïnhaleerd worden en als tabletten worden toegediend - bijvoorbeeld bij astma - worden ook meegerekend), is de kans op systemische bijwerkingen gering.

■ 63 . Kun je allergisch worden voor corticosteroiden (hormoonzalven)?

Allergie voor corticosteroiden die op de huid worden gesmeerd is mogelijk, maar komt zelden voor. Deze allergie veroorzaakt eczeem (allergisch contacteczeem) en wordt vooral gezien bij mensen die langdurig dezelfde corticosteroiden gebruiken. De stof waarvoor de allergie optreedt, kan een stof uit een basisbestanddeel van de zalf zijn (bijvoorbeeld een bewaarmiddel) of het corticosteroid zelf. Bij zo'n allergie wordt zelden een ernstige reactie gezien, omdat het eczeem dat door de reactie wordt veroorzaakt, tegelijkertijd door het corticosteroid wordt onderdrukt. Men moet bedacht zijn op een allergie wanneer de psoriasis niet goed (meer) reageert op de behandeling. Wanneer de dermatoloog ook denkt aan een allergie, dan zal hij onderzoek met allergietesten (plakproeven) uitvoeren. Dan kan ook nagegaan worden voor welke corticosteroiden of bestanddelen van de hormoonpreparaten men niet allergisch is. Hiermee kan de behandeling dan worden voortgezet.

■ 64 . Wat is teer en wat is de plaats van teer in de behandeling van psoriasis?

Koolteer wordt vervaardigd uit steenkool en wordt al meer dan een eeuw gebruikt voor de behandeling van psoriasis. Teer is een oud en beproefd middel tegen psoriasis. Het heeft invloed op de ontsteking en op de celdelingen. Het voordeel is dat het bijna geen ernstige bijwerkingen heeft. Een enkele keer wordt iemand allergisch voor teer, waardoor de psoriasis kan verergeren. Ook kan bij sommigen tijdens het gebruik een ontsteking ontstaan van de haarzakjes. Deze veroorzaakt roodheid en puskopjes ter plaatse van de haartjes op het lichaam. Tijdens het gebruik van teerpreparaten moet men er rekening mee houden dat de huid gevoeliger is voor zonlicht dan men gewend is. De grootste nadelen zijn eigenlijk de karakteristieke geur en kleur, waardoor een behandeling met teer cosmetisch niet zo aantrekkelijk is. In Nederland wordt koolteer dan ook bijna niet meer gebruikt. In sommige dagbehandelcentra wordt nog de 'Goeckermann therapie' toegepast, een combinatie van teerpreparaten en belichting met ultraviolet B stralen.

■ 65 . Wat is dithranol en wat is de plaats van dithranol in de behandeling van psoriasis?

Dithranol (synoniem: cignoline) is een synthetisch product dat voortkomt uit een plantaardig medicijn. Ook dit is een middel dat al heel lang met succes bij psoriasis vulgaris wordt gebruikt. Het werkt doordat het de celdelingen remt. Het wordt meestal gebruikt in een crème. Er zijn 2 methodes mogelijk.

De eerste methode wordt meestal toegepast tijdens een opname in het ziekenhuis. De psoriasisplekken worden ingesmeerd met dithranol en de omgeving wordt beschermd met bijvoorbeeld zinkzalf. Deze bescherming is noodzakelijk, omdat de gezonde huid door de anthraline in dithranol kan verbranden. De zalf blijft de gehele dag op de huid zitten. Dithranol wordt daarna afgewassen. De behandeling wordt begonnen met een lage concentratie dithranol. Vervolgens wordt de concentratie geleidelijk verhoogd. De psoriasisplekken verdwijnen meestal na 4 tot 6 weken, met achterlating van een bruine verkleuring door de zalf.

Bij de tweede methode wordt de dithranol op de psoriasisplekken aangebracht en er na 15 tot 20 minuten met een tissue weer afgehaald, waarna de huid gewassen wordt en daarna ingesmeerd wordt met bijvoorbeeld vaseline. Deze methode is vrijwel net zo effectief als de eerste en heeft als voordeel dat je de rest van de dag klaar bent. Het heeft als nadelen dat het de huid kan irriteren en dat het vlekken geeft in kleding, beddengoed, bad of douchebak. Maar het grootste voordeel is dat de psoriasis meestal na het stoppen van de behandeling niet meteen weer terugkomt. De behandeling wordt tegenwoordig vooral in dagbehandelcentra of tijdens opname toegepast. Ernstige bijwerkingen treden nooit op.

■ 66 . Wat is salicylzuur en wat is de plaats van salicyl in de behandeling van psoriasis?

Salicylzuur werkt in op de hoornlaag van de huid. De hoornlaag is het bovenste laagje van de huid. Salicylzuur verweekt de verdikkingen en maakt zo de schilfers los. Daardoor kunnen andere op de huid aangebrachte medicijnen en ultraviolette straling dieper in de psoriasisplekken binnendringen en dus beter werken. Salicylzuur wordt daarom vaak toegevoegd aan andere medicijnen, vooral corticosteroïden, of voorafgaand aan lichttherapie gegeven. Salicylzuur wordt bij psoriasis gewoonlijk gebruikt in een sterkte rond de 5%. Meestal als gel, crème of zalf. Het effect merkt u binnen een paar dagen. Als salicylzuur wordt toegevoegd aan crèmes en zalven met corticosteroïden, is de sterkte meestal rond de 2%.

■ 67. Wat is lichttherapie?

Lichttherapie is ontstaan uit de ervaring, dat veel mensen met psoriasis baat hebben bij blootstelling van hun plekken aan zonlicht dat rijk is aan ultraviolet stralen (uv-licht). Bij lichttherapie worden mensen met psoriasis hiermee behandeld. De uv-stralen in zonlicht bestaan onder andere uit uv-A en uv-B-straling. Zonlicht bestaat voor meer dan 95% uit uv-A-straling en een klein deel uv-B-straling. Zonnebanken hebben grotendeels dezelfde eigenschappen als natuurlijk zonlicht. Bij zonnebankapparatuur geven de lampen voornamelijk uv-A-licht en een heel klein beetje of zelfs geen uv-B. Een teveel aan uv-straling kan schade aan de huid veroorzaken.

Er zijn 2 vormen van lichttherapie: uv-B en PUVA. PUVA staat voor uv-A in combinatie met een medicijn dat men daarbij gebruikt: 'psoralen'. De bestraling met uv-licht gebeurt met een lamp, een lichtapparaat of een lichtcabine.

■ 68. Hoe werkt lichttherapie bij psoriasis?

Ultraviolet licht heeft een gunstige werking op de psoriasisplekken, omdat het de celdeling afremt en de ontsteking positief beïnvloedt. Lichttherapie duurt gemiddeld tussen de 6 en 12 weken, waarbij uv-B 2 tot 3x per week wordt gegeven en PUVA 2 tot 3x per week. Er is ook een maximum aan het totaal aantal keren dat u lichttherapie mag gebruiken.

■ 69 . Maakt men bij lichttherapie onderscheid tussen verschillende huidtypen?

Meestal wordt het belichtingsschema gebaseerd op welk huidtype men heeft.

- Mensen met huidtype I hebben een hele lichte huid en blond of rood haar; zij verbranden snel en worden nooit bruin
- Mensen met huidtype II verbranden ook snel, maar kunnen wel bruin worden
- Huidtype III verbrandt soms, wordt altijd bruin
- Huidtype IV verbrandt nooit, wordt altijd bruin
- Huidtype V hoort bij mensen met een licht gepigmenteerde huid
- Huidtype VI bij een donker gepigmenteerde huid.

Hoe lager het huidtype (vooral I en II), des te voorzichtiger moet men zijn: korte bestraling, geleidelijk ophogen. Bij de donkerder huidtypen kan de eerste bestraling langer zijn en kan de bestraling sneller opgevoerd worden. Er wordt bij de behandeling naar gestreefd dat er een lichte (niet-pijnlijke) roodheid van de huid ontstaat door de bestraling. De ogen moeten afgedekt worden met een speciaal brilletje. Ook moeten bij mannen de geslachtsorganen worden bedekt, omdat daar de kans op het ontstaan van huidkanker later verhoogd is.

■ 70 . Wanneer kom je voor lichttherapie in aanmerking?

Lichttherapie wordt gegeven aan mensen die slecht of onvoldoende reageren op lokale therapie of heel veel psoriasisplekken hebben. Vaak wordt het hele lichaam behandeld, maar het is ook mogelijk een beperkt gedeelte (bijvoorbeeld alleen de handen of voeten) bloot te stellen aan lichttherapie. Lichttherapie kan bij de dermatoloog gegeven worden, in een speciaal dagbehandelcentrum of in sommige gevallen ook gewoon thuis.

■ 71 . Welke soorten lichttherapie zijn er?

Er zijn 2 soorten lichttherapie: uv-B en PUVA. Bij uv-B wordt alleen gebruik gemaakt van ultraviolet B-straling (uv-B). Bij PUVA wordt ultraviolet A (uv-A) gecombineerd met 'psoralen', een stof die de huidcellen gevoeliger maakt voor uv-A. Psoralen worden als pil geslikt of in bad gebruikt, anderhalf uur voor de behandeling met lichttherapie.

■ 72 . Wat is uv-B en hoe werkt uv-B-therapie?

Uv-B is de afkorting van ultraviolet B. Dit is elektromagnetische straling met een golflengte tussen de 280 en 320 nanometer. Tegenwoordig worden vooral lampen gebruikt die hoofdzakelijk golflengtes van ongeveer 311 nanometer uitzenden. Dit heet smalspectrum uv-B. Bestraling met ultraviolet B remt 2 processen die bij psoriasis belangrijk zijn: de ontstekingsreactie in de lederhuid en de verhoogde celdeling in de opperhuid.

■ 73. Wat is het effect van uv-B-therapie?

Bij 63 tot 75% van de behandelde mensen wordt een verbetering bereikt van ten minste 90% binnen 20 weken (gemeten met behulp van de PASI, Psoriasis Area and Severity Index, een maat voor de uitgebreidheid en de ernst van psoriasis) (zie vraag 33). Voor het bereiken van dit resultaat of een zeer aanzienlijke verbetering is een behandeling van gemiddeld 2 tot 3x per week noodzakelijk. Wanneer daarna een onderhoudsdosering gegeven wordt (van bijvoorbeeld eenmaal per 5 dagen) kan het resultaat vaak behouden blijven. Toch wordt dit niet aangeraden, omdat langdurige bestraling niet goed is voor de huid.

■ 74. Wat zijn de bijwerkingen van uv-B behandeling?

Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen acute bijwerkingen (die optreden in de periode van behandeling) en effecten op langere termijn. Bijwerkingen die tijdens de therapie kunnen optreden zijn roodheid, verbranding, droge huid met jeuk, krijgen van een koortslip (als men die van tevoren al had) en oogontsteking. Bij langdurige behandeling (na 300 of meer behandelingen) kan de huid vroegtijdig verouderen en is de kans op het ontstaan van huidkanker verhoogd. Dat zijn overigens dezelfde effecten die optreden wanneer men de huid vaak blootstelt aan zonlicht.

■ 75 . Hoe wordt uv-B-therapie gegeven?

Uv-B-therapie kan poliklinisch of in dagbehandelcentra worden toegepast. Daarnaast is er de mogelijkheid om de lampen (tijdelijk) thuis te krijgen. In de eerste behandelsessie wordt kortdurend belicht. Geleidelijk aan wordt de belichtingsduur opgevoerd. Als men dat niet doet en direct begint met intensieve belichting zal de huid verbranden (net als wanneer men te lang in de zon gelegen heeft). Sommige dermatologen doen eerst een proefbehandeling van een klein plekje huid, om te zien hoe gevoelig men is voor de ultraviolette straling. Aan de hand daarvan wordt de beginndosis uv bepaald.

■ 76 . Wie komen in aanmerking voor uv-B-therapie?

Uv-B is geschikt voor mensen bij wie meer dan 10% van het lichaam bedekt is door psoriasisplekken en / of bij wie lokale behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad of te belastend is. Niet iedereen komt in aanmerking voor behandeling met uv-B. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die al eerder zijn behandeld met uv-B, maar daar niet goed op reageerden of bijwerkingen kregen, mensen met een overgevoeligheid voor licht (al of niet door medicijnen), met ziekten waardoor zij een verhoogd risico op huidkanker hebben en mensen met huidkanker.

■ 77. Kan uv-B behandeling ook thuis worden toegepast?

Uv-B therapie wordt meestal poliklinisch toegepast en in dagbehandelcentra. Er is ook een mogelijkheid om de lampen (tijdelijk) thuis te krijgen. Voorwaarde voor een succesvolle thuisbehandeling is wel dat de mensen die dat willen, een goed inzicht hebben in de therapie en daar nauwgezet mee omgaan. Ook is van belang dat zij goed worden ondersteund en geïnstrueerd door de dermatoloog en door het bedrijf dat de lampen verhuurt. Niet alle zorgverzekeraars vergoeden deze thuisbehandeling en een machtiging vragen is aan te bevelen.

■ 78 . Wat is PUVA en hoe werkt het?

PUVA is een afkorting van Psoralen-uv-A. Uit ervaring is gebleken dat uv-A (ultraviolet-A-straling van 320 tot 400 nanometer) alleen, onvoldoende effect heeft bij psoriasis en dat het nodig is medicijnen toe te voegen die de huid gevoelig maken en de werking van uv-A versterken. Die medicijnen zijn psoralenen. Psoralenen zoals methoxsaleen worden als tabletten of capsules gegeven. Ook kan Bad-PUVA worden toegepast, waarbij het medicijn in het badwater wordt gedaan.

PUVA remt net als uv-B 2 processen die bij psoriasis belangrijk zijn: de ontstekingsreactie in de lederhuid en de verhoogde celdeling in de opperhuid.



■ 79 . Hoe wordt PUVA gegeven?

De belichting vindt 2 tot 3x per week plaats bij de dermatoloog in een speciale cabine, waarbij men van alle kanten wordt belicht met uv-A-straling. De psoraleentabletten neemt men 1 uur voor de belichting in de uv-A-cabine in. Na het innemen van psoralen komt het middel via de darm in het bloed en vervolgens in de huid. Ongeveer 1 uur na het innemen is de concentratie in het bloed het hoogst. Dit moment wordt gekozen om met de uv-A-belichting te beginnen. Psoralen kunnen vooraf ook lokaal aangebracht worden via een bad therapie. Omdat deze medicijnen de huid voor enige tijd gevoelig maken, is het belangrijk om na de belichting, als men buiten is, de huid en de ogen te beschermen tegen ultraviolet licht, vooral op zonnige dagen.

De behandeling duurt in het begin enkele minuten per keer en wordt dan, om verbrandingen te voorkomen, langzaam opgebouwd tot maximaal 20 minuten per keer. Voor het bereiken van een goed resultaat wordt 2 tot 3 keer per week behandeld, meestal gedurende 6 tot 10 weken. In de uv-A-cabine is het noodzakelijk dat men, ter bescherming van de ogen, een speciale nauwsluitende bril draagt.

■ 80 . Wat is het effect van PUVA?

PUVA is voor psoriasis een zeer effectieve behandeling, bij 75 tot 90% van de patiënten verdwijnen de verschijnselen volledig (gemeten met behulp van de PASI, Psoriasis Area and Severity Index, een maat voor de uitgebreidheid en de ernst van psoriasis) (zie vraag 33). Voor het bereiken van dit resultaat wordt 2 tot 4 keer per week behandeld gedurende 12 tot 16 weken. Wanneer daarna een onderhoudsdosering gegeven wordt (van bijvoorbeeld eenmaal per 5 dagen) kan het resultaat vaak behouden blijven. Toch wordt dit niet aangeraden, omdat langdurige bestraling niet goed is voor de huid en zal leiden tot huidveroudering en een toegenomen kans op huidkanker.

■ 81 . Wat zijn de bijwerkingen van PUVA?

PUVA is weliswaar zeer effectief, maar heeft vrij veel bijwerkingen. De meest voorkomende bijwerkingen van PUVA op de huid zijn jeuk, droge huid, verbranding van de huid (soms met blaren) en het krijgen van een koortslip (als men die van tevoren al had) en typische prikkelingen (PUVA-prikkels). De capsules en tabletten willen nog wel eens misselijkheid, diarree en hoofdpijn veroorzaken. Om verbranding te voorkomen, moet men tot 8 à 10 uur na het innemen van psoralen, de huid beschermen tegen zonlicht. Dit houdt in: beschermende kleding, zonnebrandcrème (aanbrengen na de belichting!) en beschermende lippenbalsem. Ook de ogen zijn gevoelig voor ultraviolette straling en als men geen goede zonnebril met uv-filter draagt kan staar ontstaan. Wees erop bedacht dat uv-A ook door glas kan heendringen: ook achter glas is dus bescherming nodig.

Voor PUVA geldt bovendien dat dit niet mag worden gegeven aan mannen en vrouwen die kinderen willen krijgen, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven. Mensen met bepaalde aandoeningen aan hart, lever en nieren, een hoge bloeddruk of die eerder behandeld zijn met arsenicum of radiotherapie mogen ook geen PUVA krijgen.

Bij langdurige behandeling kan de huid vroegtijdig verouderen en kunnen eerder pigmentverschuivingen optreden, sproeten en verhoorning van de huid (actinische keratosen). Daarnaast verhoogt PUVA de kans op het ontstaan op langere termijn van diverse vormen van huidkanker, waaronder een plaveiselcelcarcinoom, maar ook het melanoom. De kans daarop is afhankelijk van de totale dosis uv-A die men in totaal heeft gehad (het risico neemt toe na 250 of meer behandelingen). Daarom wordt PUVA nooit langdurig gegeven.

■ 82. Wie komen in aanmerking voor PUVA?

PUVA is geschikt voor mensen bij wie meer dan 10% van het lichaam bedekt is door psoriasisplekken en bij wie uv-B-therapie onvoldoende resultaat heeft gehad. Niet iedereen komt in aanmerking voor behandeling met PUVA. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die eerder langdurig zijn behandeld met PUVA. Zij hebben daardoor een bepaalde hoeveelheid PUVA gehad, waardoor de kans op huidkanker te groot is, of zij reageerden niet daarop, of kregen ernstige bijwerkingen. Ook mensen met een overgevoeligheid voor licht (al of niet door medicijnen), met ziekten waardoor zij een verhoogd risico op huidkanker hebben en mensen met huidkanker komen niet in aanmerking voor behandeling met PUVA. Dit geldt ook voor zwangere vrouwen en mannen en vrouwen met een kinderwens op korte termijn.

■ 83 . Kan lichttherapie worden gecombineerd met andere behandelingen?

Vaak wordt lichttherapie samen gegeven met lokale therapie. De zalf wordt dan of voor de behandeling met lichttherapie of direct erna aangebracht. Ook wordt voorafgaand aan lichttherapie een zoutbad genomen; de zogenaamde 'balneotherapie'. De huidschilfers laten door de blootstelling aan zout gemakkelijk los, zodat de lichttherapie meer effect heeft op de huid.

■ 84. Waarom kun je niet altijd doorgaan met lichttherapie?

De ultraviolette straling die tijdens lichttherapie (uv-B en PUVA) wordt gebruikt, kan bij te veel of te lang gebruik leiden tot beschadiging van de huid en op den duur zelfs tot huidkanker. Zie bijwerkingen van uv-B en PUVA op de lange termijn.

■ 85 . Gaat lichttherapie samen met andere behandelingen / medicijnen?

Sommige middelen, zoals methotrexaat maar ook antibiotica, kunnen bijwerkingen geven in combinatie met lichttherapie. Tijdens behandeling met deze middelen wordt lichttherapie dan liever ook niet toegepast. Vaak wordt geadviseerd, na de lichttherapie, de huid in te smeren met een vette crème of zalf.

■ 86 . Wat is een systemische behandeling?

Bij systemische therapie (over het hele lichaam werkende behandeling) wordt het medicijn via de mond (orale medicijnen) ingenomen, of in het lichaam ingebracht met behulp van een injectie of infuus, om dan binnenuit via het bloed bij de huid te komen. Deze vorm van behandeling wordt doorgaans gereserveerd voor de behandeling van matig ernstige tot ernstige uitgebreide vormen van psoriasis. Een keuze maken tussen de verschillende mogelijkheden vindt altijd plaats in overleg met de behandelend arts. Bij het behandelen van psoriasis met tabletten zijn er verschillende mogelijkheden.

■ 87. Welke systemische behandelingen zijn er?

Afhankelijk van de soort systemische therapie, remt deze vorm van psoriasisbehandeling de celdeling, ontstekingsactiviteit, het afweersysteem als geheel of een specifiek gedeelte ervan. Er zijn 5 soorten medicijnen die systemisch kunnen worden gegeven: methotrexaat (Emthexate®, Ledertrexate®, Metoject®, methotrexaat), cyclosporine (Neoral®, cyclosporine), acitretine (Neotigason®) en fumaraten (loco Fumaraat tabletten (Psorinovo) of Fumaderm®) en biologicals: adalimumab (productnaam Humira®), etanercept (productnaam Enbrel®), infliximab (productnaam Remicade®), ustekinumab (productnaam Stelara®).

■ 88. Wie komen in aanmerking voor systemische therapie?

Men komt in aanmerking voor systemische therapie als de psoriasis niet goed reageert op lokale behandelingen met middelen die op de huid worden gesmeerd, of zo uitgebreid is dat het smeren een te grote belasting vormt. Als lichttherapie faalt of niet past in de levensstijl van de patiënt kan men kiezen voor systemische therapie. Dat verschilt per middel en de keuze moet door de arts samen met de patient worden gemaakt. Het is bijvoorbeeld goed mogelijk dat het ene systemische middel zeer geschikt is, maar een ander systemisch middel juist niet.

■ 89 . Kan systemische therapie worden gecombineerd met andere behandelingen?

Fumaraten en retinoïden (acitretine) zijn goed te combineren met lichtbehandeling. Acitretine wordt bijna altijd gecombineerd met een lokale behandeling in de vorm van een zalf, crème of lichttherapie. Slechts bij een klein deel van de patiënten lukt het de psoriasis rustig te krijgen met alleen acitretine ('monotherapie'). Ook andere vormen van systemische therapie kunnen worden ondersteund met middelen die op de huid worden gesmeerd.

■ 90. Wat is methotrexaat en hoe werkt het?

Methotrexaat (Emthexate®, Ledertrexate®, Metoject®) is een medicijn dat al zo'n 60 jaar gebruikt wordt voor de behandeling van ernstige psoriasis, wanneer lokale therapie en lichtbehandelingen niet genoeg helpen. Het kan als pil of als een intramusculaire injectie worden gegeven bij psoriasis. Het middel heeft ook een goed effect op artritis psoriatica, psoriasis pustulosa en psoriasis universalis (zie vraag 24). Het is een middel dat ook bij reumatoïde artritis en bepaalde vormen van kanker wordt gebruikt. Bij kanker is de dosering veel hoger dan bij psoriasis of reumatoïde artritis. Hoe het precies werkt is niet duidelijk, maar het remt in ieder geval de celdeling en de ontstekingsreacties en onderdrukt het afweersysteem.

■ 91. Hoe wordt methotrexaat toegediend?

Methotrexaat wordt gewoonlijk 1 keer per week ingenomen in de vorm van tabletten. Het handigste is om een vaste dag van de week uit te kiezen om de tabletten in te nemen (of een injectie te krijgen) en daaraan vast te houden. De dermatoloog rekent uit hoeveel tabletten men per week moet slikken. Bij een dosering van 15 mg per week zijn dat 6 tabletten van 2,5 mg. Die kan men dan allemaal tegelijk innemen. De dermatoloog stelt regelmatig de dosering bij (meestal wordt de dosering langzaam opgehoogd), afhankelijk van de toestand van de huid en het optreden van bijwerkingen.

Naast tabletten wordt ook wel gebruik gemaakt van injecties. Het voordeel van de tabletten is dat men ze zelf gemakkelijk kan innemen. Een nadeel is dat de werking vermindert als men gelijktijdig of korte tijd erna melk of melkproducten gebruikt, zoals kaas. Injecties zijn pijnlijk maar hebben dit nadeel niet. Bovendien veroorzaken deze iets minder vaak maagdarmklachten (zie bijwerkingen – vraag 93). De werking van methotrexaat begint men pas te merken na een periode van 6 tot 8 weken. Als blijkt dat het middel effectief is, kan een patiënt methotrexaat meestal jarenlang gebruiken. Wel moet de patiënt onder controle blijven, omdat het op den duur de lever kan beschadigen.

Als men methotrexaat gedurende enkele weken per ongeluk elke dag, in plaats van eenmaal per week, inneemt ontstaat een ernstige situatie. Dit risico dreigt ook bij opname / overname in ziekenhuizen of verpleeghuizen en bij invoeren van de medicatie in elektronische voorschrijfsystemen van instellingen. Daar moet u (en uw familie) op bedacht zijn.

■ 92. Wat is het effect van methotrexaat?

Methotrexaat werkt vaak goed tegen de verschijnselen van psoriasis. Van de mensen die er mee behandeld worden, en het goed verdragen, treedt bij 60 tot 65% meer dan 75% verbetering op, na 12 tot 16 weken behandeling met 7,5 tot 22,5 mg. Methotrexaat heeft als systemische therapie vaak de voorkeur boven andere medicijnen, omdat de psoriasis er bijna altijd goed op reageert en, mits verstandig gebruikt, ook veilig is. Het medicijn kent wel een aantal bijwerkingen. Dit komt onder andere doordat methotrexaat de aanmaak van foliumzuur in het lichaam verhindert. Lichaamscellen hebben foliumzuur nodig om zich te kunnen vermenigvuldigen en zo te groeien. Om bijwerkingen te verminderen, schrijft de arts naast methotrexaat ook foliumzuur, folinezuur of levofolinezuur voor op de dagen dat u methotrexaat niet gebruikt. Het werkt meestal pas na een maand of 2, maar kan dan langere tijd (jaren) worden gebruikt. Daarbij is het wel belangrijk dat men onder controle blijft om eventuele bijwerkingen (zie vraag 93) tijdig te herkennen.

■ 93. Wat zijn de bijwerkingen van methotrexaat?

Het aantal rode en witte bloedcellen en bloedplaatjes kan door methotrexaat verminderen. Dit kan heel snel optreden, of pas na enkele weken duidelijk worden in de vorm van bloedarmoede, een verhoogde kans op infecties en een verhoogde kans op bloedingen, zoals bloedneuzen. Vandaar dat het bloed in het begin regelmatig moet worden gecontroleerd. Bij overdosering kan deze bijwerking zelfs dodelijk zijn. Veel overdoseringen zijn in het verleden voorgekomen, doordat patiënten per abuis de weekdosis elke dag innamen.

Meer voorkomende bijwerkingen zijn misselijkheid, braken, maagdarmklachten, moeheid, koorts en aften in de mond. De bijwerkingen kunnen zeer vervelend zijn en kunnen een reden zijn om te stoppen met deze behandeling. De kans op maagdarmklachten en misselijkheid is kleiner bij inname bij de maaltijd, bij een lagere dosis, gebruik van foliumzuur en / of injecties van methotrexaat in plaats van pillen. Soms komt hoofdpijn en overgevoeligheid voor zonlicht voor. Ga daarom niet zonnebaden en gebruik bij fel zonlicht een zonnebrandcrème met een hoge beschermingsfactor en een zonnebril. Het gebruik van foliumzuur kan deze bijwerkingen verminderen.

Bij langdurig gebruik kan ook schade aan de lever of de nieren optreden. Als er aanwijzingen zijn in het bloed voor lever- of nierbeschadiging, dan moet de dosering worden verminderd of gestopt. Bij een ernstige lever- of nieraandoening mag men geen methotrexaat meer gebruiken.

■ 94. Wie komen in aanmerking voor methotrexaat?

Niet iedere patiënt komt in aanmerking voor methotrexaat. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met veel overgewicht, suikerziekte en / of overmatig alcoholgebruik, omdat dit de kans op leverproblemen vergroot. Bij een kindwens (zowel bij de man als vrouw), zwangerschap, het geven van borstvoeding, de aanwezigheid van infectieziekten, leveraandoeningen (onder andere leververvetting) en bloedziekten kan geen methotrexaat worden gebruikt.

■ 95. Wat is cyclosporine en hoe werkt het?

Cyclosporine (Neoral®, cyclosporine) wordt al zo'n 20 jaar gebruikt bij psoriasis. Cyclosporine is een eiwit (oorspronkelijk afkomstig van een bodemschimmel) dat het afweersysteem onderdrukt. Het remt onder andere de deling van T-lymfocyten, die bij psoriasis een belangrijke rol spelen. Dit geneesmiddel wordt ook gebruikt bij patiënten met een donororgaan om afstoting te voorkomen.

■ 96 . Wat is het effect van cyclosporine?

De effectiviteit van de behandeling met cyclosporine is afhankelijk van de dosering: hoe hoger de dosis, des te beter het resultaat. Bij 20 tot 71% van de mensen is de psoriasis na 8 tot 16 weken voor 75% verbeterd (bij een dosering van 2,5 tot 5 mg – per kg lichaamsgewicht - per dag). De respons is dosisafhankelijk. Na 16 weken met 3 tot 5 mg - per kg lichaamsgewicht - per dag, bereikt 33% van de patiënten een respons van meer dan 90%. Verbetering treedt op na 4 tot 6 weken behandeling.

■ 97. Hoe wordt cyclosporine toegediend?

Cyclosporine kan in tabletten of als drank worden toegediend. De dosering (3 tot 5 mg per kg lichaamsgewicht per dag) wordt meestal langzaam opgebouwd. Een hogere dosering leidt tot een beter en sneller resultaat. Indien na 4 weken onvoldoende verbetering wordt gezien, zal de dosis meestal worden verhoogd, tenzij er te veel bijwerkingen optreden. Voor de duur van de behandeling wordt meestal een maximum van 2 jaar aangehouden. Cyclosporine kan kortdurend (minder dan 3 maanden) worden gebruikt om een plotselinge verergering van psoriasis tot rust te brengen, maar het kan ook gebruikt worden als onderhoudstherapie. Ook dan zal men het medicijn echter meestal niet langer dan 2 jaar geven. Dit in verband met de bijwerkingen die op de lange termijn optreden, zoals nierfunctiestoornissen, een hoge bloeddruk en de ontwikkeling van huidkanker en wratten. Vooral mensen die tevens veel lichttherapie hebben gehad voor de psoriasis, hebben een verhoogde kans op huidkanker.

Bij plots stoppen van cyclosporine kan het zogenoemde 'reboundfenomeen' optreden, dat wil zeggen dat de psoriasis terugkomt in ernstigere mate dan voor de start van de behandeling.

■ 98. Wat zijn de bijwerkingen van cyclosporine?

De meest voorkomende bijwerkingen van cyclosporine zijn nierfunctiestoornissen, verhoging van de bloeddruk (hypertensie) waarbij soms een zwelling in het gezicht voorkomt, moeheid, hoofdpijn, spierpijnen, griepig gevoel, tintelingen in de handen en voeten, leverfunctiestoornissen en maagdarmlaaijnen, toename van de haargroei en zwelling van het tandvlees. Verder bestaat er een verhoogde gevoeligheid voor het krijgen van infecties, wratten en huidkanker. Doorgaans wordt cyclosporine het beste ingenomen met appelsap of sinaasappelsap.

Behalve bijwerkingen is van cyclosporine ook een aantal wisselwerkingen bekend. Er zijn verschillende medicijnen die niet samen ingenomen kunnen worden met cyclosporine, zoals cholesterolverlagende medicijnen. Cyclosporine kan ook de werking van anticonceptieve middelen (de pil) verminderen.

■ 99 . Wie komen in aanmerking voor cyclosporine?

Cyclosporine is geschikt voor mensen met matige tot ernstige psoriasis en die onvoldoende reageren op lokale- en lichttherapie.

■ 100. Wat is acitretine en hoe werkt het?

Acitretine behoort tot de van vitamine A afgeleide medicijnen (ook wel retinoïden). Voor de behandeling van acne wordt isotretinoïne (Roaccutane®) gebruikt en voor de behandeling van psoriasis acitretine (Neotigason®). Acitretine (Neotigason®) wordt al bijna 30 jaar gebruikt voor psoriasis. Het medicijn heeft een drievoudige werking. Ten eerste gaat het de te snelle celdeling tegen, ten tweede remt het de abnormale verhoorning van de huid af, ten derde heeft het een ontstekingsremmende werking.

■ 101. Hoe wordt acitretine toegediend?

Acitretine wordt gegeven in de vorm van tabletten van 10 en 25 mg. De dosering is afhankelijk van de vorm van psoriasis en het gewicht van de patiënt. Meestal kiest men voor 35 mg per dag. Bij vrouwen wordt gestart na een maand betrouwbare anticonceptie, tijdens de menstruatie of na een negatieve zwangerschapstest. De capsules kunnen het beste tijdens de maaltijd worden ingenomen, met water of wat melk. Door het middel tijdens het eten in te nemen, verloopt de opname via de darmwand beter.

■ 102. Wat is het effect van acitretine?

Van alle systemische behandelingen is acitretine de minst effectieve. Ook uv-B en PUVA (zie vraag 71 tot en met 85) werken beter. De werking van acitretine is minder krachtig dan van methotrexaat. Het werkt bij 25 tot 41% van de mensen met psoriasis (verbetering meer dan 75%) na 8 tot 12 weken met 10 tot 75 mg per dag. Bij minder dan 11 tot 50% van de mensen met psoriasis, zijn de psoriasisplekken na die tijd verdwenen. Deze blijven enige tijd weg na behandeling van 8 tot 12 weken met 0,5 mg per kg lichaamsgewicht per dag.

Als acitretine aanslaat, kan men in de eerste maand al de eerste verbeteringen verwachten. Het maximale resultaat wordt meestal pas na 2 tot 3 maanden bereikt. Daarna wordt de dosis aangepast aan de reactie op de behandeling, waarbij zowel gekeken wordt naar de resultaten als naar de bijwerkingen. Bij hogere doseringen werkt acitretine beter, maar geeft dan vaak onacceptabele bijwerkingen. De werkzaamheid kan aanzienlijk verhoogd worden door acitretine te combineren met PUVA of uv-B. Zodra de psoriasis bijna is verdwenen, kan men de behandeling staken of kan besloten worden tot een onderhoudsbehandeling. De duur daarvan en de onderhoudsdosering worden individueel bepaald aan de hand van het resultaat en de bijwerkingen.

■ 103. Wat zijn de bijwerkingen van acitretine?

Acitretine is een relatief veilig middel. Toch kunnen er verschillende bijwerkingen optreden, die overigens redelijk te beheersen zijn door de dosis te verlagen. De meest voorkomende bijwerking is droge lippen en een droge huid. Dit wijst er wel op dat het middel werkzaam is. Een vette (lippen)zalf kan de droogheid verhelpen. Ook de slijmvliezen van de neus, mond en ogen kunnen droger aanvoelen. Dat kan ook tot neusbloedingen leiden en mensen met contactlenzen kunnen last krijgen van oogirritaties. Soms treedt (tijdelijk) haaruitval op. Daarnaast komen soms hoofdpijn en spier- en gewrichtspijnen voor. Nachtblindheid kan vooral bij mensen die 's nachts moeten rijden een probleem zijn. Na het stoppen met de behandeling verdwijnen deze klachten volledig. Vanwege mogelijke lever- en nierfunctiestoornissen wordt tussentijds regelmatig bloedonderzoek verricht. Wie een ernstige lever- of nierziekte heeft, mag geen acitretine slikken. Hetzelfde geldt voor mensen met een hoog cholesterolgehalte en met name bij een hoog triglyceridengehalte. Een zeer ernstige bijwerking is dat het middel de ongeboren vrucht van zwangere vrouwen kan misvormen. Voor zwangere vrouwen is het middel daarom absoluut verboden. Dit geldt ook voor vrouwen die zwanger willen worden: pas 24 maanden na het stoppen met acitretine levert het middel geen extra risico's meer op voor de ongeboren vrucht. Overigens heeft het medicijn geen invloed op de vruchtbaarheid van mannen en vrouwen.

Omdat acitretine de werking van andere medicijnen (zoals bepaalde antibiotica en de minipil) kan beïnvloeden, is het belangrijk het gebruik van andere medicatie te melden. Het gebruik van alcohol wordt afgeraden.

■ 104. Wie komen in aanmerking voor acitretine?

Acitretine is geschikt voor mensen met uitgebreide en ernstige therapieresistente psoriasis en een aantal andere huidziekten (onder andere ichtyosis).

In een aantal gevallen mag men geen acitretine gebruiken. Dat geldt allereerst voor zwangeren of vrouwen die borstvoeding geven. Ook in geval van een ernstige nier- of leverziekte of bij mensen met een hoog cholesterolgehalte en met name bij een hoog triglyceridengehalte is gebruik van acitretine onverstandig.

■ 105. Wat zijn fumaraten en hoe werken ze?

Fumaraten zijn al heel lang in gebruik in Duitsland, maar in Nederland nooit gangbaar geworden. De laatste jaren is dat aan het veranderen, maar er is geen registratie van fumaraten in Nederland. Het zijn medicijnen die zijn afgeleid van fumaarzuur, dat normaal in iedere cel van ons lichaam voorkomt en van belang is bij de energieproductie. Nadat fumaraten door het lichaam zijn opgenomen en afgebroken ontstaat weer fumaarzuur. Fumaraten remmen zowel de versnelde celdeling als de ontstekingsactiviteit in de huid.

■ 106. Hoe worden fumaraten toegediend?

Fumaraten zijn (nog) niet geregistreerd in ons land. In het buitenland wel. Om voor vergoeding van deze geregistreerde middelen in aanmerking te komen, moet men meestal eerst toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Dat is de reden waarom Nederlandse dermatologen meestal kiezen voor 'magistraal' bereide fumaraten: tabletten die een apotheker, op aanvraag van de arts, in zijn apotheek maakt. Deze magistraal bereide medicijnen moet de zorgverzekeraar gewoon vergoeden.

Bij de behandeling met fumaraten wordt gebruikgemaakt van tabletten. Er bestaan lichte tabletten (105 mg) om de behandeling mee te beginnen en zwaardere tabletten (215 mg) voor voortzetting van de behandeling. Zodra het lichaam gewend is aan de fumaraten wordt de dosering langzaam opgehoogd tot een goede werkzaamheid is bereikt. Is de psoriasis eenmaal voldoende verbeterd, dan wordt de dosering langzaam afgebouwd tot een zo laag mogelijke onderhoudsdosering.

■ 107. Wat is het effect van fumaraten?

Van de mensen die ermee behandeld worden zijn bij 1 op de 4 na 16 weken de psoriasisplekken (bijna geheel) verdwenen. Een verbetering van meer dan 75% wordt gezien bij 50 tot 70% van de patiënten na een behandeling van 16 weken. Hoeveel mensen een duidelijke verbetering (maar geen genezing) laten zien is niet goed bekend.

■ 108. Wat zijn de bijwerkingen van fumaraten?

Het gebruik van fumaraten kan verschillende bijwerkingen geven. De meest voorkomende bijwerkingen zijn maagklachten (maagpijn, buikpijn en diarree), opvliegers, jeuk, vermoeidheid, misselijkheid, stijging van het cholesterolgehalte in het bloed en een tijdelijke toe- of afname van witte bloedcellen. Ernstige maagklachten zijn een reden om de behandeling te staken. Bovendien kan, in zeer zeldzame gevallen, langdurig gebruik van hoge doses tot nier- en leverfunctiestoornissen leiden. Om dat tijdig op te sporen, worden in het begin het bloed en de urine regelmatig gecontroleerd.

■ 109. Wie komen in aanmerking voor fumaraten?

Fumaraten zijn geschikt voor mensen met ernstige psoriasis en / of milde vormen van artritis psoriatica (gewrichtsklachten).

In een aantal gevallen is het verstandig geen fumaraten te gebruiken. Dat geldt allereerst voor zwangeren of vrouwen die borstvoeding geven. Ook in geval van een nier- of leverziekte, ernstige hart- en vaatziekte, hoge bloeddruk, bij maag- of darmklachten en bij sommige vormen van kanker, is gebruik van fumaraten onverstandig.

■ 110. Wat zijn biologicals en hoe werken ze?

Biologische geneesmiddelen ('biologicals') zijn eiwitten die door levende cellen zijn geproduceerd en die door moderne technieken tot stand zijn gekomen. 'Biologicals' zijn medicijnen die specifiek de activiteit van het afweersysteem kunnen verminderen en de ontstekingsreactie in de huid, als gevolg van psoriasis, kunnen onderdrukken. Sinds 2005 kunnen biologicals worden voorgeschreven voor matige tot ernstige vormen van plaque psoriasis (zie vraag 22 en 24). De dermatoloog kan deze middelen voorschrijven wanneer uv-behandeling en systemische therapieën (zoals met cyclosporine of methotrexaat) al zijn geprobeerd.

Er zijn thans 4 soorten biologicals beschikbaar voor de behandeling van psoriasis:

- Adalimumab (merknaam Humira®)
- Etanercept (merknaam Enbrel®)
- Infliximab (merknaam Remicade®)
- Ustekinumab (merknaam Stelara®).

Het eiwit TNF-alfa speelt een belangrijke rol bij het op gang brengen en onderhouden van ontstekingen. Adalimumab, etanercept en infliximab blokkeren TNF-alfa. Ustekinumab remt interleukine 12 en interleukine 23, die ook een belangrijke rol spelen bij het op gang brengen en onderhouden van ontstekingen.

■ 111. Hoe worden biologicals toegediend?

Infliximab wordt door middel van een halve dag opname in het ziekenhuis per infuus toegediend. Na de opstartfase wordt het als onderhoudsdosering, eenmaal per 8 weken, toegediend. De andere biologicals kan men zelf onderhuids toedienen door middel van injecties. Het hangt van het middel af hoe vaak het gegeven moet worden, of het kant-en-klaar is en of het via een injectiespuit of via een injectiepen toegediend kan worden. Bij etanercept is de standaardbehandeling 1 tot 2 injecties per week. Adalimumab wordt gewoonlijk toegediend door middel van injecties die elke 2 weken worden gegeven. Ustekinumab wordt in de onderhoudsdosering eenmaal per 12 weken toegediend.

■ 112. Wat is het effect van biologicals?

De biologicals hebben een gunstige invloed op de ontstekingsreactie in de huid. Per biological staat hieronder de effectiviteit beschreven.

- Adalimumab: 53 tot 80% van de psoriasispatiënten had een respons van meer dan 75%; bij 14% verdwenen de psoriasisplekken volledig (na 16 weken)
- Etanercept: bij 47 tot 49% van de patiënten werd een verbetering gezien van meer dan 75% en een verbetering van meer dan 90% bij 21% van de patiënten (12 weken, 2 maal per week 50 mg).
- Infliximab: Na 10 weken werd bij 64 tot 88% van de patiënten een verbetering van meer dan 75% bereikt (bij een dosering van 5 mg per kg lichaamsgewicht). Een respons van meer dan 90% werd gezien bij 41 tot 57% van de patiënten (10 weken)
- Ustekinumab: Effectief bij 66 tot 67% van de patiënten met een verbetering van meer dan 75% (bij een dosering van 45 mg per kg lichaamsgewicht) na 12 weken.

In een herziening van de richtlijn die de NVDV (Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie) in 2011 heeft uitgebracht, wordt een lichte voorkeur uitgesproken voor adalimumab en etanercept in lage dosis, bij een verder gezonde patient die nog niet eerder is behandeld met een biological, waarbij het eerste middel iets effectiever lijkt dan het tweede middel. Voor infliximab bestaat een voorkeur bij patiënten in acute situaties (bijvoorbeeld; ernstige verergering van psoriasis, erythrodermie of door het lichaam verspreide pustulaire psoriasis) (zie vraag 24) vanwege zijn effectiviteit en snelle werkzaamheid. Daarnaast blijft het een belangrijk middel voor patiënten die niet reageren op andere biologics. Ustekinumab is nog te kort op de markt om deze als eerste keus te propageren. Het is wel een veelbelovend middel.

■ 113. Wat zijn de bijwerkingen van biologicals?

Bijwerkingen kunnen onder andere zijn: reacties op de injectieplaats, allergische reacties en infecties, zoals luchtweg- en huidinfecties. De stof of de cel die door de biological wordt geneutraliseerd of uitgeschakeld, kan een essentieel onderdeel vormen in onze afweer tegen bepaalde indringers (virussen, bacteriën, enzovoort) of kankercellen. In bepaalde gevallen zou daarom bij het gebruik van biologische stoffen een verhoogd risico kunnen ontstaan op infecties of lymfklierkanker. Dit is dan ook de reden om patiënten die deze medicijnen krijgen nauwkeurig te controleren. Dat geldt overigens ook voor andere immunosuppressiva die bij psoriasis worden gebruikt.

■ 114. Wie komen in aanmerking voor biologicals?

Om in aanmerking te komen voor behandeling met een biological moet u aan een aantal voorwaarden voldoen. In de eerste plaats moet de psoriasis matig tot ernstig zijn. De PASI-score is dan boven de 10, of de PASI is boven de 8 en men heeft erg veel last van de psoriasis (zie vraag 33). Op de 'Skindex-29'-vragenlijst scoort men dan boven de 35. Andere voorwaarde is dat men de behandelingen met PUVA- of uv-B-lichttherapie (zie vraag 71 tot en met 85) en methotrexaat of cyclosporine (zie vraag 90 tot en met 99) niet kan verdragen of dat deze behandelingen niet (meer) voldoende helpen.

De reden waarom zulke strenge voorwaarden worden gehanteerd is dat biologicals erg duur zijn, zeker in vergelijking tot andere psoriasisbehandelingen. Bovendien zijn de bijwerkingen op de lange termijn nog niet voldoende bekend. In de toekomst gaan deze voorwaarden mogelijk veranderen. Mensen die een actieve infectie hebben, of een hoger risico dan normaal lopen op het krijgen van een infectie, kunnen beter geen biologicals gebruiken. Het gebruik van biologicals is niet onderzocht bij zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven; daarom wordt aangeraden biologicals tijdens deze perioden niet te gebruiken.

Etanercept (Enbrel®) is tot nu toe de enige biological die bij kinderen vanaf 8 jaar met ernstige psoriasis mag worden gebruikt.

■ 115. Helpen alternatieve behandelingen?

Alternatieve behandelingen tegen psoriasis, zoals met homeopathische, antroposofische of andere uit de natuurgeneeswijzen afkomstige therapieën of speciale diëten, zijn niet op dezelfde wetenschappelijke manier onderzocht als de reguliere medicijnen, waardoor het effect niet vaststaat. Dat wil echter niet zeggen dat deze therapieën altijd onwerkzaam zijn, en evenmin dat ze geen kwaad kunnen. Vooral middelen die afgeleid zijn van 'natuurlijke' ingrediënten zoals kruiden en planten kunnen wel degelijk ernstige bijwerkingen op lever en nieren hebben en bijvoorbeeld niet samengaan met reguliere behandelingen. Het is dus raadzaam de arts ook op de hoogte te stellen van eventueel gebruik van alternatieve behandelingen

■ 116. Wat zijn de vooruitzichten van psoriasis als de plekken na behandeling vrijwel geheel zijn verdwenen?

De vooruitzichten na behandeling zijn niet erg gunstig. In verreweg de meeste gevallen zullen de psoriasisplekken na het staken van de behandeling weer terugkomen, zelfs wanneer de psoriasis na intensieve behandeling geheel verdwenen is. Gemiddeld is dat na een half jaar, maar bij iets meer dan 10% van de mensen met psoriasis treedt de verergering al heel snel op. Nog geen 5% van de mensen blijft na behandeling gedurende 5 jaar of langer vrij van psoriasisplekken.

■ 117. Is een dode-zee-kuur in Israël een goed alternatief?

Er zijn op diverse plaatsen in de wereld kuuroorden voor de behandeling van psoriasis en andere huidziekten. De goede resultaten van deze kuren berusten op een combinatie van baden in de Dode Zee (de hoge zoutconcentratie helpt het losweken van de schilfers) en blootstelling aan zonlicht (remt de ontstekingsreactie). In 4 weken tijd zal bij driekwart van de mensen de psoriasis geheel of bijna geheel (meer dan 90%) zijn verdwenen. Naderhand zal de psoriasis (zoals ook bij andere behandelingen) meestal wel weer terugkomen.

■ 118. Wat kan men zelf nog doen?

Psoriasis is geen levensbedreigende ziekte, maar het kan wel een grote invloed hebben op iemands leven. Het is een chronische ontstekingsziekte van de huid, met een wisselvallig karakter en waarbij onder andere gewrichtsaantasting kan ontstaan. Ups en downs kenmerken de ziekte: perioden waarin de huid minder aangetast is, worden afgewisseld door perioden waarin de psoriasis weer opvlamt. Dit kan voor veel onzekerheid zorgen en het lastig maken om in het dagelijks leven met psoriasis om te gaan. Men moet in feite 'leren leven met ziekte'. In de folder 'Leven met psoriasis. Hoe doe je dat?' staan suggesties hoe men op de best mogelijke manier psoriasis een plaats kan geven in het eigen leven. Op de website www.iamwhatiam.nl staan, met dank aan de PVN (Psoriasis Vereniging Nederland) filmverslagen van de ervaringen van een aantal mensen met psoriasis.

Tips voor de lichaamsverzorging

- Douche niet te lang en niet te warm (water droogt de huid uit)
- Vermijd zeep; gebruik liever badolie
- Probeer eens een bad met (dode zee) zout of zemelen
- De huid niet wrijven maar droogdeppen
- Smeer de huid in met vaseline na het baden of douchen; het vermindert tijdelijk de jeuk
- Zorg dat de huid koel blijft (bijvoorbeeld na het sporten; neem een korte frisse douche om het zweet af te wassen)
- Bij hevige jeuk kan een ice pack of een washandje / zakje met ijsblokjes worden gebruikt om de huid te koelen
- Zorg voor korte nagels zodat de huid niet zo snel beschadigt bij krabben
- Wanneer de jeuk vooral 's nachts hevig is, draag dan handschoenen zodat u minder snel de huid beschadigt bij krabben
- Haal zoveel mogelijk schilfers van de huid voordat u een zalf of crème opbrengt omdat die dan veel beter kan werken
- Wees voorzichtig met het blootstellen van de huid aan (chemische) producten zoals afwasmiddel en dergelijke. Draag handschoenen bij huishoudelijke klusjes
- Gebruik voor het opbrengen van zalf of crème op de rug een bad borstel met lange steel waar u een washandje overheen doet met daarop de crème gesmeerd
- Bang voor vette vlekken van zalf of crème in bed? Trek een legging of strakke trainingsbroek aan over de benen, sokken over de voeten en handschoenen over de handen als u daar de zalf of crème hebt opgebracht
- Draag het liefst katoenen kleding; dit is minder zweterig dan synthetische materialen en houdt bovendien de huid koel
- Ga het liefst naar een vaste kapper die u kent en van de psoriasis op de hoogte is; dat voorkomt steeds opnieuw uitleggen; of kies een thuiskapper
- Geniet verstandig van de zon en vermijd verbranding.

Tips voor de behandeling

- Vertel de (huis)arts en apotheker altijd welke medicijnen u al gebruikt als u iets nieuws - ook voor andere aandoeningen dan psoriasis – voorgeschreven krijgt. Sommige middelen gaan niet goed samen of hebben een ongunstige invloed op de psoriasis. Ga op tijd naar de (huis)arts als u denkt dat u psoriasis heeft of als de plekken erger worden: op tijd behandelen kan de situatie flink verbeteren
- Denk niet dat er aan de psoriasis niets te doen is; misschien zijn er sinds de laatste keer dat u bij de arts bent geweest wel nieuwe middelen en / of therapieën beschikbaar gekomen die voor u geschikt zouden kunnen zijn. Vraag de arts daar ook naar
- Maak een lijstje met vragen die u de arts zou willen stellen tijdens het bezoek
- Vraag de arts naar de voor- en nadelen van de behandeling die hij of zij voorstelt en wat u ervan kunt verwachten
- Wees realistisch wat behandeling betreft: het kan soms enige tijd duren voor u resultaat ziet. Houdt u daarom aan de voorschriften van de arts en stop of verander de behandeling nooit op eigen houtje. Overleg met uw arts als het niet lukt om u aan de voorschriften te houden!

Tips hoe met psoriasis om te gaan

- Hoe moeilijk het ook is: probeer te aanvaarden dat psoriasis een deel van uw leven is. Dat geeft wat meer rust en u kunt zich daardoor op andere dingen concentreren. Daardoor is de psoriasis niet meer zo dominant aanwezig
- Praat met anderen over wat psoriasis voor u betekent zodat u het beter kunt verwerken
- Word lid van een patiëntenvereniging (www.psoriasis-fn.nl) om meer kennis op te doen en lotgenoten te ontmoeten die in dezelfde situatie zitten. Het delen van ervaringen en tips is waardevol
- Ziet u het echt niet meer zitten, vraag de arts dan om u door te verwijzen naar een professionele hulpverlener (bijvoorbeeld een psycholoog of maatschappelijk werker).

Tips voor kinderen met psoriasis

- Leid kinderen van de jeuk af door een spelletje
- Krabben verbieden kan bijna niet; suggereer wrijven of blazen omdat er dan minder kans is dat de plekken opengaan en wondjes worden
- Houd de vingernagels kort
- Laat het kind voor het slapen gaan een bad nemen met zemelen of zout om de jeuk te verlichten. Bij hevige jeuk kan een ice pack of een washandje / zakje met ijsblokjes worden gebruikt om de huid te koelen
- Smeer de huid in met een vette zalf of crème ('s nachts)
- Trek het kind handschoentjes en sokken aan (van katoen) om 's nachts krabben tegen te gaan
- Moedig kinderen vooral aan om over psoriasis te praten met leeftijdgenootjes en op school (bijvoorbeeld door een spreekbeurt) om duidelijk te maken wat psoriasis is en dat het niet besmettelijk is
- Probeer het kind niet al te veel te beschermen tegen reacties van de buitenwereld, maar laat het kind uitleggen wat psoriasis is (of doe dit zelf) aan anderen
- Betrek het kind in de keuze voor een bepaalde behandeling: het moet ermee om leren gaan, gemotiveerd zijn en het moet dus passen in zijn of haar leven.

Auteur: dr. J.J.E. van Everdingen, directeur NVDV

Medeauteurs: prof. dr. T.E.C. Nijsten, dermatoloog Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam en prof. dr. Ph.I. Spuls, dermatoloog Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Deze folder is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie in samenwerking met Huidpatiënten Nederland.

Bij het samenstellen van deze informatie is grote zorgvuldigheid betracht.

De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie wijst desondanks iedere aansprakelijkheid af voor eventuele onjuistheden of andere tekortkomingen in de aangeboden informatie en voor de mogelijke gevolgen daarvan.



www.nvdv.nl

Voor informatie over patiëntenorganisaties verwijzen wij u naar de website van Huidpatiënten Nederland.

www.huidpatienten-nederland.nl

