

Psoriasis.

Ontstaan, verschijnselen en therapieën

Een uitgave van het Psoriasisdagbehandelingscentrum te Ede

Laatste bewerking: november 2010

Inhoudsopgave:

- Pag. 3: Inleiding
De bouw van de huid;**
- Pag. 4: De functie van de huid;**
- Pag. 5: Psoriasis;**
- Pag. 6: Ontstaan van psoriasis
Verschijnselen en verschillende benamingen
Diagnose van psoriasis;**
- Pag. 7: Wat betekent het om psoriasis te hebben?
De behandeling van psoriasis;**
- Pag. 8: Lokale therapie;**
- Pag. 10: Lichttherapie;**
- Pag. 11 : Systemische therapie;**
- Pag. 14: Plaats van behandeling en psoriasisdagbehandeling;**
- Pag. 14: Psoriasisdagbehandeling;**
- Pag. 15: Verdere informatie;**

Inleiding

Deze folder, met als titel “Psoriasis”, wordt u aangeboden door het Psoriasisdagbehandelingscentrum te Ede. Met deze folder willen wij u goed leesbare, begrijpelijke en actuele informatie over psoriasis en de huid geven. Natuurlijk kan het zijn dat u na het lezen nog vragen hebt. Wendt u zich in dat geval tot de assistentes of tot de behandelend arts. Wij wensen u veel leesplezier toe.

De bouw van de huid

- De opperhuid; het buitenste deel van de huid wordt gevormd door de opperhuid; ook wel epidermis genoemd.
- De lederhuid; onder de epidermis ligt de lederhuid, ook wel dermis geheten, die voor het grootste deel uit bindweefsel bestaat. Bindweefsel is het weefsel dat dient tot verbinding en steun van alle weefsels en organen.
- De subcutis; het onderhuidse bindweefsel, de subcutis, is grotendeels opgevuld met vet en heeft een belangrijke functie als warmte-isolerende laag, opslagplaats van energie en als stootkussen.

In de huid bevinden zich de zogenaamde huidadnexen: talgklieren, zweetklieren en haarwortels met bijbehorende spiervezeltjes. Verder zijn er kleine bloedvaten, lymfevaten, zenuwen en elastische vezels in aanwezig. Ook de haren en de nagels worden tot de huid gerekend.

De epidermis bestaat uit een aantal soorten cellen, waarvan het grootste deel gevormd wordt door hoornvormende cellen, ook wel keratinocyten genoemd. De keratinocyten ontstaan door deling van zogenaamde basaalcellen in de onderste laag van de epidermis en schuiven vandaar uit langzaam naar de buitenzijde van de huid. Geleidelijk gaan ze over in een dode, verhoorde cellaag, de hoornlaag, waarbij de cellen steeds losser tegen elkaar komen te liggen.

De hoornlaag vormt de belangrijkste bescherming: waterverlies van binnen naar buiten wordt voorkomen en het doorlaten van stoffen van buiten naar binnen en van binnen naar buiten wordt in belangrijke mate geremd. De hoornlaag is levenloos en opgebouwd uit celresten van de voorheen levende opperhuidcellen.

De opperhuid is op de meeste plaatsen slechts enkele tienden van een millimeter dik, waarbij de hoornlaag niet meer is dan een dun vliesje. Op plaatsen waar de huid veel eelt bevat, zoals op de handpalmen en op de voetzolen, is de hoornlaag extra dik.

Doordat de cellen in de basale laag zich voortdurend delen en deze uiteindelijk aan de buitenkant afschilferen, vernieuwt de opperhuid zich ongeveer één keer per maand. Het vermogen tot aanmaak van nieuwe cellen in de basale laag, maakt dat de huid bij een verwonding vrij snel dichtgroeit. De delingsactiviteit van de basale laag wordt door verschillende factoren bepaald. Bij jonge mensen verloopt de celdeling sneller dan bij ouderen.

De afschilfering aan het oppervlak is, behalve op het behaarde hoofd bij roos en bij huidziekten als psoriasis gewoonlijk niet zichtbaar.

In de epidermis bevinden zich behalve de keratinocyten o.a. ook nog melanocyten en Langerhanscellen.

Melanocyten zijn pigmentcellen die tussen de cellen van de basale cellaag liggen en pigmentkorrels maken, die via uitlopers worden overgedragen aan de keratinocyten. Het pigment van de pigmentkorrels bepaalt voor een belangrijk deel de kleur van de huid en beschermt ons tegen zonlicht.

De huid kent ook een eigen afweersysteem. De belangrijkste functie hiervan is het herkennen en vervolgens onschadelijk maken van lichaamsvreemde en mogelijk schadelijke stoffen. Van dit afweersysteem vormen onder meer de Langerhanscellen, naast de keratinocyten, een belangrijk onderdeel. Bepaalde witte bloedlichaampjes, de zogenaamde T-lymfocyten, spelen hier ook een belangrijke rol. De keratinocyten hebben het vermogen om stoffen af te scheiden die ontstekingen op gang brengen. Deze stoffen kunnen op een bepaalde manier ook weer de groei van de epidermale cellen stimuleren.

Een verstoring in het functioneren van het immuunsysteem van de huid kan soms een onstuimige groei van de epidermale cellen teweegbrengen. Het zou een verklaring kunnen zijn voor ziektes die met ontstekingen gepaard gaan, zoals psoriasis (zie ontstaan pag. 6).

De functie van de huid

De huid omkleedt ons lichaam en vormt een levende “bemiddelaar” tussen het inwendige en de omgeving. Daartoe bekleedt die “bemiddelaar” tal van functies.

De huid voorkomt bijvoorbeeld dat wij teveel vocht verliezen en heeft daarnaast een regulerend effect op de temperatuur van ons lichaam. De lichaamstemperatuur wordt op peil gehouden doordat kleine bloedvaatjes in de huid verwijden en vernauwen en door de mate waarin zweet geproduceerd wordt. Met het verdampen van zweet wordt warmte aan het lichaam onttrokken, hetgeen een afkoelend effect geeft. De mate waarin wij zweten heeft ook weer invloed op de zouthuishouding van het lichaam.

De huid voorkomt niet alleen dat lichaamsvreemde stoffen, maar ook dat bacteriën, virussen en schimmels ons lichaam kunnen binnentreden.

De pijn- en tastzintuigen in de huid zijn onze “voelsprietten”, terwijl de huid tegelijkertijd een spiegel is van hetgeen zich in ons afspeelt. Blozen, zweten, rood aanlopen en bleek worden kunnen signalen zijn die woorden vaak overbodig maken.

Zeker niet minder belangrijk is de psychologische functie van de huid. Bij het ontmoeten van een ander vormt de huid, samen met “oogcontact en taalcontact” het eerste contact, bijvoorbeeld al bij het handen geven. Dit contact is voor beide partijen des te prettiger naarmate men elkaar meer het gevoel weet te geven zowel letterlijk als figuurlijk “lekker in zijn vel” te zitten.

Bij alle menselijke gevoelens en gedachten die er toe leiden dat we de ander willen aanraken speelt de huid een hoofdrol.

Psoriasis

Psoriasis is een veel voorkomende, chronische huidziekte. Circa twee procent van de bevolking heeft deze huidaandoening in meer of mindere mate. Van nature kan de ziekte een wisselend beloop hebben. Perioden van relatieve rust, waarbij de huidafwijkingen min of meer stabiel blijven, kunnen afgewisseld worden door perioden waarin de aandoening actief is en de huidafwijkingen fors kunnen toenemen.

Psoriasis komt zowel bij mannen als bij vrouwen in gelijke mate voor. De ziekte is niet besmettelijk, maar stoelt wel op een erfelijke aanleg. Vaak worden de huidafwijkingen voor het eerst zichtbaar omstreeks de puberteit, maar eigenlijk kan psoriasis op elke leeftijd beginnen.

De eerste verschijnselen kunnen spontaan optreden, na heftige emoties en/of stress, ook na een infectie, bv. op keel- neus- en oor-gebied, of bv. een koortsende aandoening en ook bij het gebruik van bepaalde medicijnen, zoals anti-malaria middelen, lithium, bètablokkers en pijnstillers.

Soms ontstaan er bij patiënten met psoriasis ook wel nieuwe plekken op plaatsen waar de normale huid is geprikkeld, bv. ten gevolge van krabben, verwondingen, verbrandingen en dergelijke. Dit wordt het “Koebner fenomeen” genoemd.

Niet iedereen kan psoriasis krijgen; de aanleg ervoor moet aanwezig zijn. Het gaat hierbij om een complex van erfelijke factoren. Deze erfelijkheid houdt in, dat psoriasis ook bij meerdere personen in één familie kan voorkomen. De kans op psoriasis wordt groter naarmate er één of meer familieleden al psoriasis hebben. In de onderstaande tabel is dit nader uitgewerkt:

Familieleden met psoriasis:

Kans om zelf psoriasis te krijgen:

één ouder / geen broer of zus	10 %
één broer of zus / geen van de ouders	7 %
één ouder / één broer of zus	16 %
twee broers of zusters / geen van de ouders	16 %
beide ouders	50 %
2 ^o graads familieleden (oom / tante)	4 %
3 ^o graads familieleden (neef / nicht)	1-2 %

Ontstaan van psoriasis:

Bij personen met een actieve psoriasis ontstaan er huidafwijkingen ten gevolge van een ontstekingsproces in de huid. Hoe en waarom op een bepaald moment de ontstekingen in de huid op gang gebracht worden, is veelal niet duidelijk. Door de ontstekingen treedt een versnelde deling op van de opperhuid met onvolledige uitrijping van de keratinocyten. Het gevolg hiervan is, dat er een verstoring optreedt in het verhoorningsproces. Met het blote oog wordt deze verstoring waargenomen als roodheid ten gevolge van de ontsteking en als schilfering ten gevolge van de verhoorningsstoornis, ter plekke van de ontsteking.

Verschijselen en verschillende benamingen:

Bij psoriasis zijn er op de huid scherp begrensde, witschilferende plakken (**psoriasis plaques**) op een rode ondergrond aanwezig.

Soms is er sprake van jeuk, ook kunnen de plekken wel eens pijnlijk zijn. De plekken komen vooral voor op de strekzijden van de ellebogen, de knieën en op de rug boven de billen (**psoriasis vulgaris**).

Als juist de lichaamplooien zijn aangedaan, spreekt men van **psoriasis inversa**.

Vaak zijn er plekken op het behaarde hoofd, vooral op de haargrens van het voorhoofd en achter de oren (**psoriasis capitis**).

Soms zijn de plekken groot en verspreid over het gehele lichaam aanwezig.

Bij anderen gaat het om talrijke, slechts druppelgrote plekkjes (**psoriasis guttata**).

Indien de ontsteking sterk op de voorgrond staat, kunnen er puskopjes ontstaan. Deze pustuleuze psoriasis (**psoriasis pustulosa**) komt gelukkig niet zo vaak voor, maar kan aanleiding geven tot ernstig ziektegevoel hetgeen gewoonlijk bij psoriasis niet het geval is.

De psoriasis pustulosa beperkt zich meestal tot handpalmen en voetzolen.

De huidafwijkingen bij psoriasis kunnen samengaan met ontsteking van de gewrichten (**arthritis psoriatica**). In de acute fase zijn de gewrichten dan rood, gezwollen en pijnlijk.

Bovendien voelen ze warm aan.

Ook de nagels zijn nogal eens in het ziekteproces betrokken; men ziet dan putjes, geelbruine verkleuring en loslating van de nagel. De nagel zelf is vaak verdikt en er treedt veelal versterkte hoornvorming op onder de nagel.

Diagnose van psoriasis:

Vaak zijn de huidafwijkingen zo kenmerkend dat de arts op het eerste gezicht direct de diagnose kan stellen. Soms is het nodig om onder plaatselijke verdoving een klein stukje huid (een biopt) weg te nemen voor aanvullend onderzoek door de patholoog.

Wat betekent het om psoriasis te hebben?

Psoriasis is geen “gevaarlijke ziekte” in de zin van levensbedreigend of levensbekortend. Het grootste probleem van psoriasis ligt in het hebben van zichtbare huidafwijkingen en vaak ook de ermee gepaard gaande jeuk. De patiënt zelf en zijn omgeving reageren hierop zeer verschillend. Voor sommigen zijn al een paar kleine plekje een groot probleem. Anderen daarentegen kunnen soms vrij gemakkelijk uitgebreide huidafwijkingen accepteren. Psoriasis blijft voor veel patiënten vaak moeilijk te aanvaarden, omdat zowel de aangedane huid als het langdurige (vaak niet voorspelbare) verloop een psychische belasting kunnen geven.

Het vroeg en grondig behandelen van psoriasis betekent niet dat deze ziekte zich gunstiger ontwikkelt dan wanneer er een meer afwachting houding wordt aangenomen. Men moet zich bewust zijn van het vooral chronische (=langdurige) karakter van psoriasis en dat betekent dat de patiënt alles over psoriasis en mogelijke behandelingsmethoden moet weten.

Het doel van de behandeling moet dan ook zijn: een patiënt die tevreden is met het resultaat van de behandeling en een patiënt die tevreden is over de manier waarop dit resultaat bereikt werd.

De behandeling van psoriasis

Psoriasis is een huidaandoening die weliswaar goed behandeld kan worden, maar waarvoor nog geen definitieve therapie voorhanden is. Alle middelen die voor psoriasis worden gebruikt onderdrukken de ontstekingsreactie maar nemen de erfelijke oorzaak vanzelfsprekend niet weg.

Bij het bespreken van de behandelingsmogelijkheden van psoriasis is het zinvol om naast de verschillende vormen van behandeling ook een onderscheid te maken naar de plaats van de behandeling .

Soort therapie:

- Lokale behandeling
- Lichttherapie
- Systemische behandeling (behandelingen waarbij medicijnen worden ingenomen).

Plaats waar de therapie gegeven wordt:

- Poliklinische therapie (thuis en evt. op de polikliniek)
- Klinische therapie (opname in een ziekenhuis)
- Psoriasisdagbehandelingscentrum.

Lokale therapie (= uitwendige behandeling):

Hierbij worden de anti-psoriatische medicijnen, dit zijn de zogenaamde differente middelen, bijvoorbeeld als crème, zalf, lotion of emulsie op de psoriasisplekken aangebracht. Een voordeel is dat het medicijn direct daar komt waar het nodig is. De gezonde huid en de organen in het lichaam blijven er grotendeels vrij van. Een nadeel van de lokale behandeling is dat deze vaak nogal bewerkelijk is, dus veel tijd vergt, en dat er vlekken op kleding en beddengoed kunnen ontstaan.

In het algemeen begint men de behandeling van psoriasis met lokale therapie. Wanneer meer dan 20% van het lichaamsoppervlak is aangedaan zal een lokale behandeling meestal niet haalbaar zijn en te veel “smeertijd” van de patiënt vragen. Men zal in het begin van de therapie meestal sterkere middelen gebruiken dan tijdens de “onderhoudsfase”. Teneinde zo weinig mogelijk last te ondervinden van eventuele bijwerkingen is het periodiek wisselen van de te gebruiken differente middelen aan te raden.

Verder is het aan te bevelen de huid, dagelijks, zo vaak als men prettig vindt, in te vetten met een “onderhoudscrème of -zalf”, de zogenaamde indifferente middelen, waarmee in elk geval bereikt kan worden dat de huid niet uitdroogt en zo soepel mogelijk blijft aanvoelen.

De meest gebruikte differente middelen zijn:

- **Corticosteroiden.**

Corticosteroiden zijn de meest toegepaste middelen met anti-psoriatische werking. Dit zijn stoffen die afgeleid zijn van de natuurlijke hormonen van de bijnier. Deze middelen worden al toegepast sinds de jaren vijftig en geven veelal een snelle en krachtige remming van de ontsteking en stilling van de jeuk.

Alleen bij langdurig gebruik van te sterke corticosteroiden op grote delen van de huid kan bij kinderen de lichaamsgroei geremd worden. Bij volwassenen zal de schade in dat geval meestal beperkt blijven tot plaatselijke bijwerkingen: dunner worden van de huid, bloeditstoringen, verwijde bloedvatjes en striemen (striae) zoals die bv. in de zwangerschap ook op de buik kunnen ontstaan.

Indien er sprake is van sterk schilferende, droge psoriasis kan een combinatie van corticosteroiden met salicylzuur worden toegepast, om de schilfering sneller op te lossen.

De werkzaamheid van corticosteroiden is optimaal indien deze slechts gedurende enkele dagen per week worden gegeven en dan afgewisseld worden met indifferente middelen (onderhoudscrème), welke weer met salicylzuur versterkt kunnen worden.

- **Van vitamine D-3 afgeleide stoffen.**

De van vitamine D-3 afgeleide stoffen worden in een zalf, crème of lotion op de markt gebracht. Deze preparaten kennen minder bijwerkingen dan de corticosteroiden. Het is voor een optimale werking noodzakelijk dat ze twee keer per dag worden opgebracht.

Wanneer de zalf in aanraking komt met de gelaatshuid kan er enige irritatie van deze huid optreden. Het gebruik van meer dan 100 gram per week wordt afgeraden.

De preparaten die nu op de markt zijn kunnen op effectieve wijze worden gecombineerd met corticosteroiden, lichttherapie en ook met systemische therapie.

Er is ook een combinatiepreparaat op de markt. Deze zalf bevat een mengsel van vitamine D-3 zalf en een corticosteroid.

- **Ditranol.**

Ditranol, ook bekend als cignoline en anthraline, is al een oud middel (“brandzalf”). De concentratie wordt tijdens de therapie geleidelijk verhoogd, totdat er een lichte prikkeling van de huid optreedt; het gevoel van een aangename warmte. Deze crème kan 30 tot 60 minuten na het opbrengen weer worden afgewassen (kort contacttherapie). Na een succesvolle behandeling met ditranol kan de huid langdurig rustig blijven. Een ander voordeel van cignoline crème is dat deze therapie goed met ultraviolet B (UVB) belichtingen kan worden gecombineerd. Ook kan cignoline goed worden gecombineerd met bv. corticosteroiden.

Nadelen van de cignoline therapie zijn de tijdelijke verkleuring van de huid en de blijvende verkleuring van kleding en beddengoed. Verder kunnen er bij onzorgvuldig of overhaast gebruik, sterkere irritaties optreden dan alleen een warm gevoel van de huid (chemische verbranding van de huid).

- **Teer.**

Het gebruik van teerzalven bij huidafwijkingen dateert al uit de oudheid. Steenkoolteer oplossing heeft een zwak genezende werking bij psoriasis. De werking van steenkoolteer is vooral ontstekingsremmend. Vooral wanneer de plekken jeuken is behandeling met teer zeker op zijn plaats.

Bezwaren van teerzalven liggen vooral op het cosmetische vlak. Steenkoolteer is donker, vlekt en ruikt sterk. Bijwerkingen van teerzalven kunnen zijn: steriele haarwortelontstekingen en irritatie van de huid. Bovendien kan de huid sneller verbranden in de zon. Alhoewel er tot nu toe geen nadelige gevolgen bekend zijn, wordt het gebruik van koolteerproducten tijdens de zwangerschap afgeraden.

Bepaalde afbraakproducten van teer kunnen in het lichaam terecht komen. Deze stoffen, de PAC's, kunnen, als ze langdurig in hoge concentraties gebruikt worden, kankerverwekkende eigenschappen hebben. Het gebruik van teer raakt hierdoor en vooral ook door de geringe therapeutische werkzaamheid, wat meer op de achtergrond.

- **Tacrolimus / Pimecrolimus.**

Tacrolimus (zalf) en pimecrolimus (crème) zijn middelen die de afgifte van ontstekingsbevorderende stoffen door T-cellen remmen, waardoor de ontsteking vermindert of minder op gang komt. Beide middelen worden vooral gebruikt bij eczeem. Ook bij psoriasis kunnen zij goed werken, vooral wanneer deze in het gelaat of in de plooien aanwezig is.

Lichttherapie: PUVA / UVB / BadPUVA

Het gunstige effect van zonlicht bij psoriasis is al vele jaren bekend. Het gaat hierbij vooral om het ultraviolette (UV) licht. Door het UV licht kan de onstuimige groei en ontsteking in de huid bij psoriasis geremd worden. Een van de voordelen van de UV licht therapie is dat er meestal tijdens deze therapie minder differente lokale middelen hoeven te worden gebruikt. Als nadeel kan worden genoemd dat deze therapie bijna nooit thuis kan worden gegeven en dus veel tijd kost. Bij de UV belichtingen wordt de belichtingstijd met een bepaald percentage verhoogd t.o.v. de voorafgaande belichtingstijd, waardoor elke belichting iets langer duurt dan de vorige. Als de belichtingstijd een bepaald maximum bereikt heeft wordt deze niet verder opgehoogd. De belichtingstijd blijft dan vanaf dat moment constant tot de belichtingen gestopt kunnen worden.

Eén van de twee bestaande lichttherapieën wordt gegeven met UVB belichtingen. Het UVB is een bepaald deel van het voor ons niet zichtbare deel van de straling van de zon. Buizen of lampen die UVB stralen uitzenden zijn geschikt voor de behandeling van psoriasis.

Solaria (zonnebanken) bevatten UVA buizen of lampen, die een cosmetische bruining van de huid geven zonder een daadwerkelijke verbetering van de psoriasis te bewerkstelligen.

De lichttherapie met UVB wordt gegeven in kuren van enkele weken, met een frequentie van drie keer per week.

Het kan schadelijk zijn te vaak UVB kuren te ondergaan. De kans dat de huid daardoor vroegtijdig verouderd is groot, terwijl er ook een verhoogd risico bestaat op bepaalde vormen van huidkanker. Bij patiënten die ooit een huidcarcinoom hebben gehad, kan het verstandiger zijn geen UVB therapie toe te passen. Ook bij overgevoeligheid voor UV straling is het beter terughoudend te zijn met deze therapie. Voor patiënten met ernstige hoge bloeddruk of problemen met het hart is UVB minder geschikt, omdat het staan in een cabine en de warmte soms niet goed worden verdragen.

De tweede UV lichttherapie kan gegeven worden met UVA belichtingen in combinatie met het medicijn psoralen. Deze combinatie wordt PUVA genoemd. Dit medicijn dat de celdeling en de ontsteking remt, dient ongeveer één tot twee uur voor de belichting te worden ingenomen.

De PUVA behandeling wordt twee of drie keer per week gegeven. De behandeling is vaak zeer effectief, maar vooral hier bestaat het gevaar dat de huid verouderd en dat bepaalde vormen van huidkanker door te veel behandelingen worden uitgelokt.

Wanneer tijdens de behandelingen de ogen onvoldoende beschermd worden met een UV werende bril kan er in de loop van de tijd vertroebeling van de ooglens ontstaan (staar). Na de belichting dient de patiënt het verdere deel van de dag buiten een zonnebril te dragen. Acute bijwerkingen van PUVA behandelingen kunnen zijn: verbranding (ook bij UVB belichtingen kan verbranding optreden), misselijkheid, jeuk, hoofdpijn en duizeligheid. De patiënt dient niet met PUVA behandeld te worden bij zwangerschap, het geven van borstvoeding, wens tot gezinsuitbreiding (geldt zowel voor vrouwen als voor mannen), leverfunctiestoornissen, hartgebreken, ernstige hoge bloeddruk en overgevoeligheid voor licht. Ook bij huidkanker in de voorgeschiedenis wordt liever geen behandeling met PUVA gegeven.

Naast de PUVA is de zogenaamde BadPUVA therapie ontwikkeld. Bij deze therapie wordt het psoralen in het badwater verwerkt. Terwijl de effectiviteit, vergeleken met PUVA, gelijk blijft worden de inwendige bijwerkingen van de PUVA medicatie grotendeels vermeden omdat de psoralen niet in het bloed komen. Zie psoriasisdagbehandeling (pag.14).

Systemische Therapie

Wanneer de ernst van de huidafwijkingen zo groot is dat zalven en UV licht geen of onvoldoende uitkomst meer kunnen brengen, staan medicijnen ter beschikking die men als tablet moet slikken. Bij deze relatief eenvoudige behandelingen bestaat een grotere kans op het optreden van soms ernstige bijwerkingen.

Systemische therapie kan worden gegeven met: methotrexaat, acitretin (merknaam Neotigason), ciclosporine A (merknaam Neoral) en fumaraten. Wanneer deze middelen onvoldoende baat geven of niet verdragen worden kan er behandeling plaatsvinden met “biological therapy”.

□ **Methotrexaat:**

Methotrexaat is een middel dat de celdeling remt. Het is een uiterst effectief middel bij de behandeling van psoriasis. Alhoewel de bijwerkingen van methotrexaat aanzienlijk kunnen zijn, heeft dit middel op grond van een langdurige ervaring toch bestaansrecht bij de behandeling van ernstige en therapieresistente vormen van psoriasis.

De gebruikelijke dosering ligt tussen de 7,5 en 15 mg. per week, meestal verdeeld over drie toedieningen binnen 36 uur. Het maximale effect van de behandelingen wordt meestal pas na twee tot vier maanden bereikt. De bijwerkingen van methotrexaat zijn gedeeltelijk dosisafhankelijk en kunnen o.a. bestaan uit misselijkheid, remming van de aanmaak van de bloedlichaampjes en leverbeschadiging. Regelmatig vindt dan ook bloedonderzoek plaats en er wordt, zo nodig, op aanwijzing van de arts een leverbiopsie uitgevoerd.

Methotrexaat mag niet gebruikt worden bij kinderwens (dit geldt zowel voor de man als de vrouw). Een betrouwbare vorm van anticonceptie dient gewaarborgd te zijn tot tenminste 3 maanden na het gebruik van methotrexaat.

De gebruiker van methotrexaat dient zeer terughoudend te zijn met alcohol. Verder geldt dat methotrexaat met geen enkel medicament gecombineerd mag worden, tenzij de arts daar toestemming voor geeft.

Bij een verminderde werking van de nieren is grote terughoudendheid met methotrexaat gewenst. Ook bij een maagzweer en bij acute infecties mag geen methotrexaat worden voorgeschreven. Het is van belang dat elke arts bij wie de patiënt onder behandeling komt, weet dat deze patiënt methotrexaat gebruikt. De patiënt dient de bij methotrexaat gevoegde bijsluiter tekst met aandacht te lezen en eventuele vragen moet hij of zij met de arts bespreken alvorens met de behandeling te beginnen. Het is bij een behandeling met methotrexaat heel belangrijk dat de patiënt zich strikt houdt aan de regels die door de behandelend arts zijn uitgelegd.

□ **Acitretine** (Neotigason)

De behandeling met acitretine is gereserveerd voor ernstige, moeilijk te behandelen psoriasis. De behandeling is zeer effectief bij de pustuleuze vorm van psoriasis, maar ook gecombineerd met UV therapie wordt een grote effectiviteit bereikt. Acitretine capsules dienen dagelijks te worden ingenomen.

Acitretine mag niet worden voorgeschreven in geval van leverfunctiestoornissen en ernstige nierproblemen. Sterke verhoging van het vetgehalte in het bloed geldt ook als een bezwaar tegen deze therapie.

Bijwerkingen die op korte termijn kunnen optreden zijn: haaruitval (de haargroei komt terug na stoppen met deze therapie), droogheid van huid en slijmvliezen, brokkelige nagels, verhoging van het vetgehalte in het bloed en leverfunctiestoornis. Een bijwerking die zelden optreedt, maar die pas na vele maanden tot jaren van behandeling wordt gezien, is verhoogde botvorming aan het skelet en aan de gewrichtsbanden.

Acitretine mag niet worden geslikt door vrouwen met kinderwens; mannen met kinderwens daarentegen mogen dit geneesmiddel wel innemen.

□ **Ciclosporine** (Neoral)

Ciclosporine kan worden ingezet bij zeer ernstige vormen van psoriasis.

Ciclosporine is een geneesmiddel dat selectief een deel van het afweersysteem onderdrukt waardoor de ontsteking in de huid geremd wordt en de huidafwijkingen zullen verminderen. Er zijn strenge richtlijnen voor de behandeling met ciclosporine.

Zo mag dit middel o.a. niet worden voorgeschreven bij nierfunctiestoornissen, bij ongecontroleerde infecties, bij zwangerschap en borstvoeding. De werking wordt meestal negatief beïnvloed door diverse medicijnen, reden waarom ciclosporine alleen door ervaren artsen mag worden voorgeschreven. Ook zijn er nogal wat bijwerkingen van dit middel beschreven; daarom zijn nauwkeurige controles van de patiënten, zowel door middel van lichamelijk- als laboratoriumonderzoek, noodzakelijk.

Tijdens de behandeling met ciclosporine wordt vooral gelet op de bloeddruk en de nierfunctie. Daar er bij langdurig gebruik van ciclosporine ook huidtumortjes kunnen ontstaan dient de huid bij langdurige therapie met ciclosporine regelmatig geïnspecteerd te worden.

□ **Fumaraten**

Ook fumaraten worden gebruikt bij vrij ernstige vormen van psoriasis.

De werking van deze middelen berust waarschijnlijk ook op remming van de ontsteking in de huid.

In Nederland zijn fumaraten als tabletten via de apotheek te leveren. In de regel wordt bij aanvang van de therapie de dosis langzaam opgehoogd, te beginnen met 1 tablet fumarat-30 per dag en uiteindelijk opgebouwd tot maximaal 3 maal 2 tabletten fumarat-120 per dag. Fumaraten kennen ook bijwerkingen. De bekendste zijn: huidreacties (blozen) en maagdarmklachten.

Tijdens het gebruik van fumaraten dienen diverse orgaanfuncties van de patiënt d.m.v. bloedonderzoek te worden gecontroleerd.

□ **“Biological therapy”:**

De huidafwijkingen bij psoriasis zijn het gevolg van een ontstekingsreactie in de huid. De roodheid die u aan de buitenkant ziet geeft de ontsteking weer in de huid. Bij psoriasis raakt een bepaald type witte bloedcel (T-cel) geactiveerd, met als gevolg een ontstekingsreactie in de huid, waardoor de voor psoriasis kenmerkende huidafwijkingen optreden.

Biologics zijn stoffen die door levende cellen zijn geproduceerd. Zij kunnen de activiteit van T cellen verminderen of kunnen de bijkomende ontstekingsproducten neutraliseren. Hierdoor neemt de activiteit van de ontsteking af, waardoor de huidafwijkingen verminderen, dan wel verdwijnen.

Biologische geneesmiddelen kunnen dus psoriasis bestrijden door T-cellen, die de ontsteking veroorzaken, uit te schakelen of door het onwerkzaam maken van cytokines. Cytokines zijn chemische stoffen die tot ontsteking in de huid leiden en de huidcellen aanzetten tot hun versnelde groei.

Mogelijke nadelen van de behandeling met biologische stoffen:

De stof of de cel die geremd wordt, kan een essentieel onderdeel vormen in onze verdediging tegen bepaalde indringers (virussen, bacteriën, etc.) of kankercellen. In bepaalde gevallen zou bij het gebruik van biologische stoffen een verhoogd risico kunnen ontstaan op infecties of lymfklierkanker. Dit is dan ook de reden dat bij het gebruik van de genoemde middelen de patiënt nauwkeurig onder controle dient te blijven. Ook met bijwerkingen die pas op lange termijn zichtbaar kunnen worden dient rekening te worden gehouden.

Plaats van behandeling en Psoriasisdagbehandeling

In het voorafgaande werden de diverse behandelingsmethoden beschreven. Tot nu toe werd over de plaats waar de behandeling plaats vindt nog niets gezegd. In het nu volgende deel zal hier aandacht aan gegeven worden.

Alvorens hier verder op in te gaan, dient te worden opgemerkt dat er van de genoemde therapieën diverse zijn die in verschillende combinaties gegeven kunnen worden.

De lokale therapieën kunnen zowel thuis als elders gegeven worden, met andere woorden, men kan zich overal met een lokale therapie behandelen.

Voor veel patiënten geldt echter dat thuisbehandelingen met lokale therapie op een, overigens begrijpelijke, forse weerstand stuiten. Stelt u zich de patiënt voor die ingezalfd en ingepakt naar bed gaat!

Een volgens de regels uitgevoerde UV therapie wordt bij voorkeur in een daartoe uitgerust centrum gegeven worden, zoals bv. de polikliniek van een ziekenhuis.

Een ziekenhuispolikliniek heeft echter als nadeel dat er geen lokale therapieën uitgevoerd kunnen worden en dat er nauwelijks tijd is voor begeleiding.

In bijna alle ziekenhuizen kunnen tijdens een opname, een zogenaamde klinische behandeling, alle bestaande behandelingen, in welke combinatie dan ook, gegeven worden. Het grote nadeel van een klinische behandeling is dat de patiënt uit zijn eigen omgeving gehaald wordt en zijn dagelijkse activiteiten niet meer kan verrichten. Een ander aspect van de klinische behandeling is natuurlijk dat deze vorm van therapie zeer kostbaar is.

Psoriasisdagbehandeling

Teneinde aan bovengenoemde bezwaren tegemoet te komen zijn er Psoriasisdagbehandelingscentra geopend.

De dagbehandelingen van patiënten met psoriasis, zoals die in deze centra uitgevoerd worden, zijn vooral bedoeld voor patiënten bij wie de gangbare poliklinische behandelingen onvoldoende werken, of niet mogelijk zijn en bij wie een klinische behandeling niet nodig en in het algemeen ook niet gewenst is.

De behandelingen worden gegeven in een vriendelijke, maar professionele “niet-ziekenhuissfeer”.

De patiënt voelt zich thuis in het centrum, hoeft zijn ziekte niet uit te leggen en van belang is dat hij of zij actief betrokken is bij de behandeling van de psoriasis.

Door de opzet van het centrum en de wijze van behandelen kan de patiënt zich deelgenoot van een groep voelen, waardoor het zelfvertrouwen toeneemt en de negatieve emoties kunnen afnemen.

De centra zijn ertoe uitgerust de patiënten overdag of 's avonds, van maandag tot en met zaterdag te behandelen. Hierdoor kunnen de patiënten zoveel mogelijk hun gewone dagelijkse activiteiten voortzetten. Het aantal behandelingen kan per patiënt variëren, maar zal meestal drie per week zijn.

In principe kan in het dagbehandelingscentrum elke bestaande therapie voor psoriasis gegeven worden, al dan niet in verschillende combinaties toegepast.

Gezien de faciliteiten van het dagbehandelingscentrum kunnen de behandelingen niet gemakkelijk op een andere plaats gegeven worden.

Per behandelingsvorm wordt in het dagbehandelingscentrum volgens een bepaald protocol gewerkt, waarbij persoonlijke variatie mogelijk en vaak wenselijk is.

De meest gegeven therapieën zijn UVB belichtingen (meestal met de TL-01 lampen), na het nemen van een zout water bad en BadPUVA behandelingen. Hiernaast kunnen afzonderlijke lichaamsdelen, zoals het behaarde hoofd, handen en voeten, met speciale apparatuur belicht worden. Deze UV lichttherapieën kunnen gecombineerd worden met cignoline behandelingen gedurende korte tijd (kort contacttherapie). Uiteraard zijn ook behandelingen met alleen cignoline therapie mogelijk voor hen die slecht op UV licht reageren. Alle patiënten worden regelmatig begeleid door de dermatologen die hen steeds persoonlijke adviezen geven. Tevens ontvangen de patiënten dan, voor zover nodig, recepten, teneinde zichzelf thuis een aanvullende behandeling te kunnen geven.

Het is van groot belang dat de behandelingen in alle rust gegeven kunnen worden. Zij die gehaast en gejaagd de behandelingen “doen”, zullen minder baat ondervinden van de therapie dan zij die rustig en ontspannen de behandelingen ondergaan. Teneinde, voorafgaande aan de behandeling, te kunnen ontspannen, wordt de gelegenheid geboden een half uurtje op een stretcher uit te rusten.

Aan de Psoriasisdagbehandelingscentra zijn dermatologen verbonden, die in alle opzichten verantwoordelijk zijn voor de te geven behandelingen. De dermatologen zijn verantwoordelijk voor de begeleiding en de opleiding van de in het centrum werkzame assistentes. De “afstand” tussen de assistentes en de dermatologen is kort waardoor direct en regelmatig overleg mogelijk is, hetgeen de behandeling van de patiënten ten goede komt.

Met de uitgave van deze folder met informatie over psoriasis en de behandeling van deze voor velen zo levensbeheersende ziekte, wil uw Psoriasisdagbehandelingscentrum aangeven ervan overtuigd te zijn dat kennis over psoriasis voor de patiënt en zijn of haar familie van groot belang is.

Verdere informatie is te vinden op de volgende sites:

www.psoriasis-edel.nl

www.psoriasis.nl

www.huidinfo.nl

www.huidarts.com

www.pvnnet.nl

Dit boekje is een uitgave van :

Stichting Psoriasisdagbehandelingscentrum Ede.