



Richtlijn Psoriasis 2024 (samenvatting)

T. A. Teunissen¹, T.M. Nlgisang², E. M. Baerveldt³

Psoriasis is een chronische inflammatoire huidziekte met een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven. De aandoening kent een wisselend beloop en kan gepaard gaan met systemische comorbiditeiten zoals artritis psoriatica, metabool syndroom en cardiovasculaire aandoeningen. Behandeling is vaak complex en vereist een gepersonaliseerde aanpak.

In 2023-2024 heeft de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) de richtlijn Psoriasis modulair herzien. Deze herziening was noodzakelijk vanwege nieuwe wetenschappelijke inzichten en veranderende behandelstrategieën. De richtlijn bevat zowel herziene als nieuwe modules, die gezamenlijk een breed kader bieden voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met psoriasis in de tweede lijn. De nadruk op screening, biologics, dosisreductie en patiëntgerichte zorg sluit aan bij recente ontwikkelingen in de dermatologische praktijk. Door implementatie van deze richtlijn kunnen zorgverleners bijdragen aan een betere ziektecontrole, verhoogde therapietrouw en een verbeterde kwaliteit van leven voor psoriasispatiënten.

Bij onderstaande tekst is het van belang om de overwegingen in acht te nemen die staan beschreven in de volledige richtlijntekst van de richtlijn Psoriasis. De volledige tekst is beschikbaar via de Richtlijndatabase.

De nieuwe modules betreffen: screening, indifferente therapie, salicylzuur, biologics voor kinderen en adolescenten, biologics voor ouderen, voorlichting aan patiënten en dosisreductie van biologics. De herziene modules binnen de topicale therapieën betreffen: corticosteroïden, vitamine-D3 analogen en calcineurineremmers. Voor deze modules is nieuwe literatuur gezocht en zijn de overwegingen herschreven, terwijl de aanbevelingen ongewijzigd zijn gebleven.

SCREENING VAN PATIËNTEN MET PSORIASIS

Een van de belangrijkste nieuwe toevoegingen aan de richtlijn is de module over 'screening bij psoriasis'. Psoriasis is niet alleen een huidziekte, maar wordt steeds vaker erkend als een systemische aandoening (ook wel 'psoriatic disease' genoemd) met diverse comorbiditeiten. Daarom wordt aanbevolen om bij alle patiënten in de tweede lijn een gestructureerde screening uit te voeren, zowel bij het eerste consult als tijdens de follow-up. Deze screening omvat een uitgebreide anamnese en evaluatie van:

- De ziektegeschiedenis en behandelrespons.
- Comorbiditeiten zoals artritis psoriatica, cardiovasculair

risico en metabool syndroom.

- Psychosociale factoren, waaronder het risico op depressie en angststoornissen.
- Leefstijl en ziekteperceptie.

Voor de monitoring van ziekteactiviteit en behandelrespons wordt het gebruik aanbevolen van objectieve meetinstrumenten zoals de PASI, PGA, PtGA, DLQI en NRS Worst Itch. De richtlijn adviseert daarnaast om patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico door te verwijzen voor cardiovasculair risicomanagement.

TOPICALE THERAPIE: INDIFFERENTE MIDDELEN EN SALICYLZUUR

Topicale therapie blijft de hoeksteen van de behandeling bij milde tot matige psoriasis. De herziening van de richtlijn introduceert een aparte module over 'indifferente therapie', waarin het belang van huidverzorging als basisbehandeling wordt benadrukt. Regelmatig gebruik van indifferente middelen wordt aanbevolen, zowel in combinatie met andere therapieën als tijdens remissiefasen, om de huidbarrière te versterken en klachten zoals jeuk en schilfering te verminderen. De richtlijn adviseert het structureel toepassen van indifferente therapie, ook tijdens remissiefasen. Het is belangrijk om patiëntvoorkeuren mee te nemen in de keuze van het product (crème, zalf, olie). Adviseer om indifferente middelen direct na het douchen of baden aan te brengen voor een optimaal effect.

Een andere toevoeging is de module over 'salicylzuur', een keratolyticum inzetbaar bij hyperkeratotische psoriasis. Salicylzuur wordt niet aanbevolen als monotherapie, maar kan worden gebruikt voorafgaand aan een andere topicale behandeling, zoals corticosteroïden of vitamine D3-analogen. Vanwege het risico op systemische absorptie is voorzichtigheid geboden bij jonge kinderen (< 2 jaar) en patiënten met uitgebreide psoriasis.

Daarnaast zijn bij een deel van de modules over topicale therapie (corticosteroïden, vitamine D3-analogen en calcineurine-

¹ Arts-onderzoeker NVDV en UMC Utrecht

² Arts-onderzoeker NVDV en Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog IJsselland Ziekenhuis en voorzitter richtlijnwerkgroep

remmers) de overwegingen herschreven op basis van nieuwe inzichten en praktijkervaringen. Corticosteroiden blijven de hoeksteen van topische therapie. De voorkeur gaat uit naar eenmaal daagse applicatie, omdat dit niet minder effectief is dan tweemaal daags. Combinatietherapie met calcipotriol, lichttherapie of systemische behandelingen is mogelijk, wat het gebruik van de hoeveelheid corticosteroiden aanmerkelijk kan beperken. Vitamine D3-analogen worden aanbevolen, vooral in combinatie met corticosteroiden vanwege de superieure effectiviteit. Calcineurineremmers (tacrolimus en pimecrolimus) worden met name geadviseerd voor specifieke locaties zoals het gezicht, lichaamsplekken en de genitale regio. Dit kan als aanvulling (bij intervaltherapie) of ter vervanging van corticosteroiden toegepast worden. Toepassing onder occlusie en combinatie met UV-therapie wordt afgeraden.

BIOLOGICS BIJ SPECIEFIEKE PATIËNTGROEPEN

Met de opkomst van biologics is er steeds meer aandacht voor de effectiviteit en veiligheid van deze middelen in specifieke

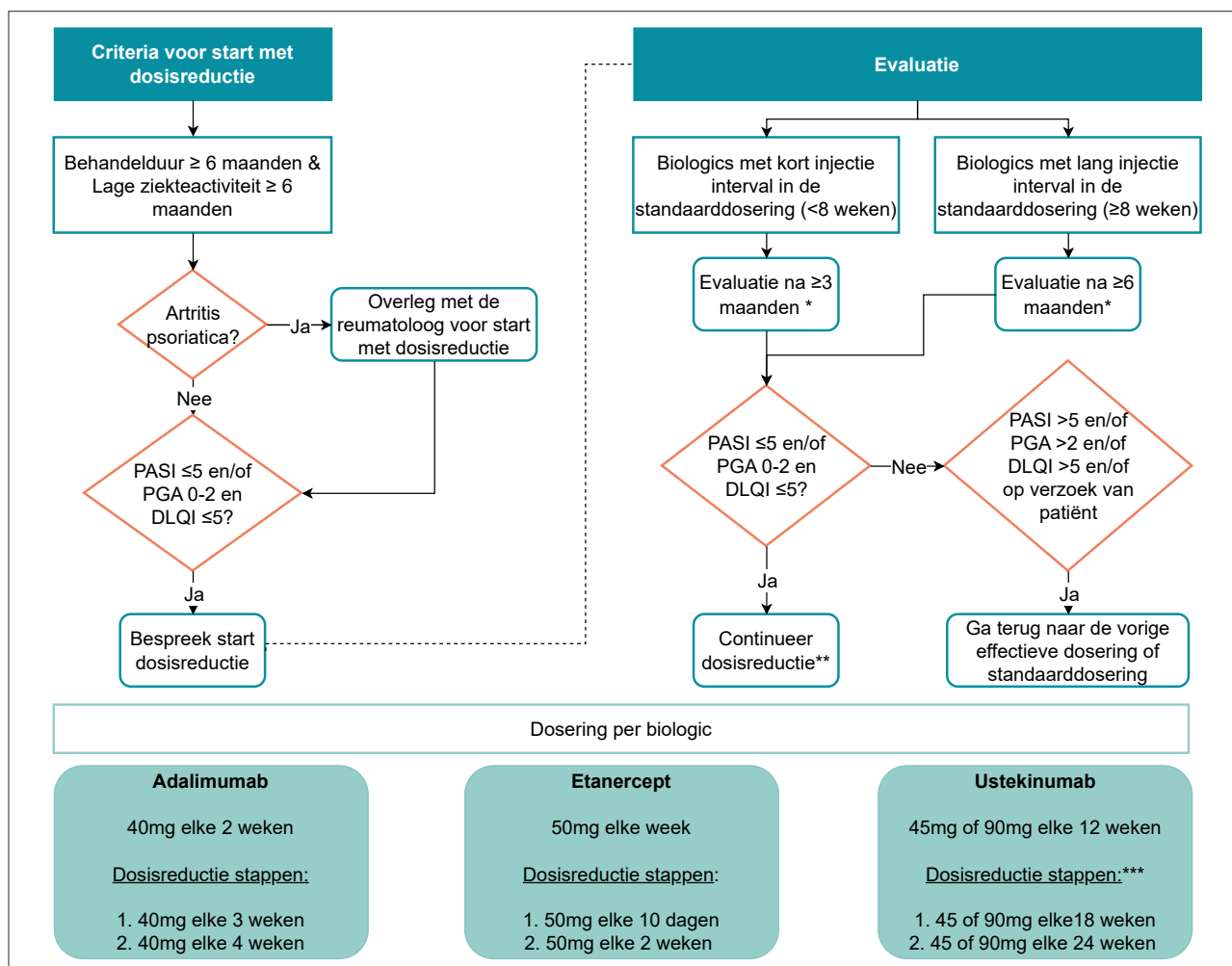
patiëntgroepen. De richtlijn bevat nu aparte modules over 'biologics voor kinderen en adolescenten', 'biologics voor ouderen' en 'dosisreductie van biologics'.

Biologics voor kinderen

Bij kinderen en adolescenten wordt aanbevolen om bij de keuze voor biologics rekening te houden met de leeftijd, ziektebelasting en eventuele comorbiditeiten. De effectiviteit en veiligheid van bepaalde middelen, zoals TNF- α remmers (vanaf 4 jaar), IL-17- en IL-23-remmers (vanaf 6 jaar), zijn onderzocht in deze groep en deze tonen een gunstig veiligheids- en werkzaamheidsprofiel. Bij specifieke patiënten zijn deze te overwegen. Langdurige follow-up is noodzakelijk om bijwerkingen en effectiviteit te monitoren.

Biologics voor ouderen

Bij ouderen ligt de nadruk op een zorgvuldige afweging van voordelen en risico's, gezien de frequentere aanwezigheid van (non)psoriasis gerelateerde comorbiditeiten en polyfarmacie



Figuur 1. Dosisreductie van biologics bij patiënten met psoriasis (gebaseerd op figuur 2 in van der Schoot et al, 2022)

Afkortingen: DR, dosisreductie; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PGA, Physician Global Assessment; PsA, artritis psoriatica; DLQI, Dermatology Life Quality Index.

*DR kan worden gestaakt op elk moment in het geval van toename van psoriasis of op verzoek van de patiënt.

**Continueer DR: ga naar de volgende stap of ga door met de verlaagde dosering. Zie voor doseringen het onderste gedeelte van het algoritme.

***Bij dosisreductie van ustekinumab kan gekozen worden om extra stappen bij 15 en 21 weken in te voegen.

in deze populatie. Houd bij ouderen rekening met een verhoogde gevoeligheid voor infecties en maligniteiten. Een regelmatige evaluatie van de behandelrespons en bijwerkingen is noodzakelijk, vooral bij het gebruik van TNF- α -remmers. Gezien het gunstige veiligheidsprofiel, wordt tevens aanbevolen om bij ouderen IL-23-remmers te overwegen. Hoge leeftijd vormt geen contra-indicatie voor behandeling met een biologic. De effectiviteit en veiligheid van biologics lijken bij oudere patiënten ≥ 65 jaar vergelijkbaar met die bij jongere patiënten.

Dosisreductie van biologics

Daarnaast is er een nieuwe module over 'dosisreductie van biologics'. Deze module biedt handvatten voor het verantwoord verlagen van de dosering bij patiënten die langdurige ziektecontrole hebben bereikt, zonder verlies van effectiviteit. Dit kan bijdragen aan kostenreductie en minimalisatie van mogelijke bijwerkingen. Overweeg een stapsgewijze dosisreductie door middel van intervalverlenging van de biologics adalimumab, etanercept en ustekinumab bij patiënten met psoriasis vulgaris met een behandelduur van ≥ 6 maanden met dezelfde biologic en lage ziekteactiviteit gedurende ≥ 6 maanden. Er kan overwogen worden om in individuele gevallen een dosisreductie van de overige biologics (m.u.v. infliximab) toe te passen, in afwachting van meer wetenschappelijke literatuur.

Starten met dosisreductie

- Hanteer voor dosisreductie een stapsgewijze aanpak; gebruik hierbij figuur 1 als leidraad.
- Instrueer de patiënt om tussentijds contact op te nemen bij toename van psoriasis.

- Stop met dosisreductie in het geval van toename van ziekteactiviteit en/of op verzoek van de patiënt: ga terug naar de vorige effectieve dosering of de standaarddosering.

VOORLICHTING EN PATIËNTPARTICIPATIE

Een andere belangrijke toevoeging aan de richtlijn is de module over 'voorlichting aan patiënten'. Het betrekken van de patiënt bij de behandelkeuze en het verstrekken van begrijpelijke informatie over psoriasis en behandelopties zijn essentieel voor het verbeteren van therapietrouw en zelfmanagement.

Het concept van 'Samen Beslissen' wordt in de richtlijn benadrukt. Dit houdt in dat de patiënt en behandelaar gezamenlijk de meest geschikte behandelstrategie kiezen op basis van wetenschappelijke inzichten, patiëntvoorkeuren en de individuele ziektegeschiedenis. Voorlichtingsmaterialen, zoals patiëntenfolders en online informatie op Thuisarts.nl, worden aanbevolen als aanvullende bronnen. Breng de patiënt ook op de hoogte dat er een patiëntenvereniging is (Psoriasispatiënten Nederland) voor extra informatie, lotgenotencontact en belangenbehartiging.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl