



St. Anna Ziekenhuis

Psoriasis

WWW.ST-ANNA.NL



| bijzonder betrokken |

Wat is psoriasis?

Psoriasis is één van de meest voorkomende chronische huidziekten. Naar schatting heeft meer dan 300.000 mensen van de Nederlandse bevolking deze aandoening.

Het woord "psoriasis" (met de klemtoon op de eerste "i") is afgeleid van het Griekse woord "psore", dat "schub" betekent. De aandoening wordt namelijk gekenmerkt door rode en schilferende plekken, vooral op de ellebogen, de knieën en het behaarde hoofd, die bedekt zijn met dikke schubachtige schilfers. De ziekte komt zowel bij mannen als vrouwen voor en ook bij alle rassen. De ziekte is niet besmettelijk. Vaak worden de huidafwijkingen voor het eerst zichtbaar omstreeks de puberteit, maar eigenlijk kan psoriasis op elke leeftijd beginnen.

Het beloop, waarbij verbetering en verergering elkaar afwisselen, varieert sterk. Meestal echter is psoriasis een chronische ziekte. Sommige mensen hebben slechts enkele plekje, terwijl bij anderen (bijna) de gehele huid is aangedaan. Psoriasis kan door behandeling aanzienlijk verbeteren, maar geen enkele therapie kan de huidziekte definitief genezen.

Hoe ontstaat psoriasis?

Bij psoriasis rijpt de opperhuid door een versnelde groei onvoldoende uit. De precieze oorzaak van psoriasis is niet bekend; wel is duidelijk dat een erfelijke aanleg van groot belang is. 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. Een kind heeft een kans van ongeveer 10-20% om psoriasis te krijgen wanneer één van de ouders psoriasis heeft en van ongeveer 50% wanneer beide ouders psoriasis hebben. Iemand die een zus of een broer met psoriasis heeft, maar geen andere

familieleden die de ziekte ook hebben, heeft ongeveer 6% kans om zelf ook psoriasis te krijgen.

Bij mensen die de erfelijke aanleg voor psoriasis hebben, kunnen diverse zogeheten omgevingsfactoren psoriasis laten uitbreken of een al bestaande psoriasis verergeren. Voorbeelden hiervan zijn:

- Beschadiging van de huid (zogenaamd Köbner effect)
- Infecties: met name een bacteriële infectie met streptokokken, vooral van de keel (angina), kan aanleiding geven tot een uitgebreide uitslag met kleine psoriasisplekjes, die in korte tijd ontstaan. Dit heet een psoriasis guttata (gutta = druppel)
- Geneesmiddelen: lithium (tegen depressie) en middelen tegen malaria lijken psoriasis te kunnen veroorzaken of verergeren. Van medicijnen tegen hoge bloeddruk (zogenaamde betablokkers en ACE-remmers) en ontstekingsremmende pijnstillers zoals diclofenac, ibuprofen en naproxen is dat effect minder goed bewezen.
- Blootstelling aan zonlicht: Over het algemeen zal zonlicht psoriasis verbeteren. Bij ongeveer 5% van de mensen met psoriasis treedt door de zon juist een verergering op.
- Hormonale factoren
- Psychologische stress : Er zijn diverse aanwijzingen dat stress een belangrijke rol speelt bij het ontstaan en verergeren van psoriasis. Ongeveer 60% van de mensen met psoriasis wijst stress als een belangrijke oorzaak voor hun huidziekte aan. De mate van stress komt vaak overeen met de ernst van de huidziekte. Anderzijds kan het hebben van psoriasis zelf natuurlijk ook aanleiding zijn tot stress.
- Alcohol : Het gebruik van alcohol kan – vooral bij mannen – een bestaande psoriasis verergeren, maar lijkt het niet te kunnen

veroorzaken. Zware drinkers hebben over het algemeen een ernstigere en actievere psoriasis. Natuurlijk kan het overmatig gebruik van alcohol ook een reactie zijn op de stress die het hebben van psoriasis met zich meebrengt.

- Roken: Het percentage vrouwen met psoriasis dat rookt is hoger dan bij vrouwen zonder psoriasis. Of roken psoriasis provoceert of dat de stress van psoriasis meer vrouwen aanzet tot het roken van sigaretten (vergelijkbaar met het meer drinken bij mannen) is niet bekend. Vooral een vorm van psoriasis met pustels (etterpuistjes) in de handpalmen en op de voetzolen (psoriasis pustulosa palmoplantaris) komt tien keer vaker voor bij vrouwen die meer dan 15 sigaretten per dag roken. Onder mannen met psoriasis is het percentage rokers niet verhoogd.

Wat zijn de verschijnselen?

De eerste afwijkingen van psoriasis kunnen op elke leeftijd ontstaan. Er zijn twee leeftijdscategorieën waarin psoriasis relatief vaak opkomt: van 16-21 jaar en van 57-60 jaar. Bij vrouwen begint psoriasis gemiddeld op iets jongere leeftijd dan bij mannen. Hoelang de afwijkingen blijven bestaan varieert van enkele weken tot het hele leven. Het beloop is onvoorspelbaar.

De meest voorkomende vorm van psoriasis wordt plaque psoriasis genoemd. Kenmerkend hiervoor zijn rode schilferende plekken met een scherpe begrenzing. De plekken variëren in grootte van 1 tot enkele centimeters en zijn meestal ovaal van vorm. De psoriasisplaques kunnen op elke plaats ontstaan, maar hebben een voorkeur voor de strekzijde van de ellebogen, de strekzijde van de knieën, het behaarde hoofd, en de onderrug. Bij sommige mensen bestaan de afwijkingen slechts enkele weken, bij anderen het hele leven.

Psoriasis op specifieke plaatsen van het lichaam

Hoe psoriasis er uit ziet is afhankelijk van de plaats op het lichaam.

Behaarde hoofd

Op het behaarde hoofd kunnen gewone psoriasisplekken voorkomen, maar ook kan het hoofd helemaal onder de schilfers zitten. Een enkele keer kan daardoor wat haaruitval optreden. Psoriasis leidt echter niet tot kaalheid.

Plooien

Psoriasis in de plooien heet psoriasis inversa. Tot de plooien behoren de liezen, de oksels, de bilspleet, de navel, de plooien onder de borsten, de buikplooi, en de plooi achter de oren. De schilfering is daarbij meestal aanzienlijk minder of afwezig. De kleur is felrood en de begrenzing scherp. Pijnlijke kloven treden vaak op, vooral in de bilspleet. Bij veel zweten kan een wittige verkleuring gezien worden, de zogeheten maceratie.

Handpalmen en voetzolen

Op de handpalmen en voetzolen is de scherpe begrenzing vaak niet zo duidelijk en kan psoriasis verward worden eczeem. Kloven worden vaak gezien en kunnen zeer pijnlijk zijn, zelfs zodanig dat men nauwelijks kan lopen of weinig met de handen kan doen.

Nagels

Psoriasis van de nagels (psoriasis unguium) komt bij 25-50% van alle mensen met psoriasis voor. De kans op het ontstaan daarvan is groter bij mensen ouder dan 40 jaar en mensen die ook artritis psoriatica hebben. De ernstiger vormen worden vooral gezien wanneer de psoriasis op jonge leeftijd is ontstaan en wanneer psoriasis ook in de familie voorkomt. Het meest voorkomende verschijnsel is kleine putjes in de nagel (die overigens ook bij mensen zonder psoriasis kunnen voorkomen).

Daarnaast kan de nagel verkleuren en zit er vaak schilfering onder, waardoor deze verdikt is (hyperkeratose).

Ook kan de nagel aan het uiteinde van de nagels loslaten (onycholysis). Een enkele keer zijn blauwe streepjes te zien; dat zijn kleine bloedinkjes onder de nagel. Karakteristiek voor nagelpsoriasis is een ronde oranjegele vlek onder de nagel, het zogeheten olievlekfenomeen.

Gewrichten

Bij naar schatting ongeveer 5% van de mensen met psoriasis kunnen er gewrichtsontstekingen ontstaan, vooral van de kleine gewrichtjes van de handen en de voeten. Uitgebreide informatie over deze arthritis psoriatica is te lezen in de folder van het reumafonds. Bij psoriasis kunnen ook gewrichtspijnen voorkomen die niet berusten op een ontstekingsproces.

Andere vormen van psoriasis

Psoriasis guttata

Bij deze variant van psoriasis ontstaat er in relatief korte tijd (enkele dagen tot weken) een uitslag van kleine 'druppelgrote' (gutta = druppel) psoriasisplekjes. Dit beeld wordt vooral gezien bij kinderen en jonge volwassenen en wordt meestal geprovoceerd door een keelinfectie met streptokokken (angina). In het begin is er weinig schilfering, die wel zichtbaar gemaakt kan worden door er overheen te krabben (het kaarsvetfenomeen). De plekjes zijn rond of iets ovaal en zijn tussen de 2 millimeter en 1 centimeter groot. Ze zijn min of meer regelmatig over het lichaam verdeeld met een voorkeur voor de romp en de bovenarmen en bovenbenen, maar komen ook regelmatig voor in het gezicht en op het hoofd. Soms ontstaan er maar een stuk of 10 plekjes, maar meestal is er sprake van een uitgebreid beeld met wel (veel) meer dan 100 psoriasisplekjes.

Deze vorm van psoriasis zal bij 2 op de 3 mensen spontaan genezen, maar kan ook overgaan in een plaque psoriasis.

Psoriasis erythrodermie

Bij een psoriasis erythrodermie (erythros = rood, derma = huid) is nagenoeg de gehele huid aangedaan met psoriasisplekken

Psoriasis pustulosa palmoplantaris

Deze variant van psoriasis kenmerkt zich door kleine pustels (=etterpuistjes) op handpalmen en/of voetzolen. Soms zijn er ook roodschilderende plaques. De puistjes kunnen deels ook ingedroogd zijn, waardoor ze een bruine kleur krijgen. Psoriasis pustulosa palmoplantaris, ook wel 'Andrews-Barber' genoemd, is een zeer hardnekkige vorm van psoriasis die vaak moeilijk te behandelen is. Het komt meestal voor bij rokers.

Hoe wordt de diagnose gesteld?

De diagnose kan door de dermatoloog meestal worden gesteld op basis van de kenmerkende afwijkingen. Bij twijfel aan de diagnose kan onder plaatselijke verdoving een stukje huid weggenomen worden voor verder microscopisch onderzoek (een biopt).

Wat is de behandeling?

Ieder mens met psoriasis heeft een individueel probleem en de behandeling wordt daarop afgestemd. Aan de persoon gebonden factoren die bij de keuze van de therapie een rol (kunnen) spelen zijn leeftijd, geslacht, beroep, persoonlijkheid, gezondheid, intelligentie en individuele mogelijkheden. Daarnaast wordt gekeken naar het type psoriasis, de uitgebreidheid, hoelang de ziekte al bestaat, het beloop tot nu toe en de reactie op eerdere behandelingen.

Veel patiënten hebben het moeilijk met hun – soms zeer zichtbare – plekken. Sommigen hebben behoefte aan sociale of psychologische begeleiding. Men vindt het vaak prettig om daarover te overleggen met de

huisarts of de dermatoloog. Ook contacten met andere mensen met psoriasis worden vaak als plezierig ervaren. Daarvoor zijn de diverse patiëntenverenigingen zeer geschikt (Psoriasis Vereniging Nederland, <http://www.psori-ver.nl> en de Psoriasis Federatie Nederland, <http://www.psoriasis-fn.nl>).

In grote lijnen zijn er 3 vormen van behandeling:

1. **Lokale therapie** (cremes, zalven, gels en lotions)
2. **Lichttherapie:** Hierbij wordt gebruik gemaakt van ultraviolet licht, soms in combinatie met medicijnen. Tot deze behandelingen behoren UVB en PUVA.
3. **Systemische therapie.** Hierbij worden de geneesmiddelen als tabletten of capsules door de mond ingenomen. De nieuwe zogeheten biologische geneesmiddelen worden in de huid ingespoten (een subcutane injectie).

De meeste lokale behandelingen worden thuis, door de patiënt zelf, uitgevoerd. De therapie met belichting vindt doorgaans in het ziekenhuis plaats, maar soms komt thuisbehandeling met UVB in aanmerking. De meeste systemische therapieën kunnen thuis worden toegepast.

In dagbehandelcentra wordt meestal een combinatie van lokale therapie en ultraviolet belichting gegeven.

Bij ernstige en hardnekkige vormen van psoriasis is een ziekenhuisopname soms aangewezen. Dankzij verbeterde behandelingen hoeft dat tegenwoordig echter niet vaak meer voor te komen.

De meeste mensen met psoriasis worden behandeld met lokale therapie. Helpt dit onvoldoende, dan kan UV therapie worden toegevoegd. Bij uitgebreide psoriasis kunnen ook goede resultaten behaald worden met dagbehandeling. PUVA therapie en systemische behandelingen zijn

krachtig werkzame middelen die echter ook –bijwerkingen kunnen geven, waarvan soms ernstige. Daarom komen deze behandelingen alleen in aanmerking voor mensen waarbij lokale therapie alleen onvoldoende werkzaam is. Ook wanneer patiënten ernstige lichamelijke, sociale, economische of emotionele problemen hebben hun psoriasis, kan behandeling met PUVA of systemische therapie worden overwogen.

1. Lokale therapie

Tot de geneesmiddelen die op de psoriasisplekken worden aangebracht (lokale therapeutica) behoren de vitamine D3-afgeleide, dermatocorticosteroïden (bijnierschorshormonen), ditranol, teer en salicylzuur.

Vitamine D3-afgeleiden

In Nederland zijn de van vitamine D3 afgeleide stoffen calcipotriol (Daivonex) en calcitriol (Silkis) beschikbaar.

De werking van deze medicijnen berust waarschijnlijk op de remming van de celdeling van keratinocyten in de huid, die bij psoriasis verhoogd is en op de uitrijping daarvan. Ook hebben ze een gunstige invloed op de ontsteking in de psoriasisplekken.

Zie ook folder: Vitamine D3-afgeleiden.

Dermatocorticosteroïden (“hormoonzalven”)

Corticosteroïden zijn geneesmiddelen die zijn afgeleid van bijnierschorshormonen, die ieder mens zelf aanmaakt. Wanneer deze middelen *op de huid* worden toegepast, spreekt men van dermatocorticosteroïden (derma = huid). Dermatocorticosteroïden worden niet alleen gebruikt bij psoriasis, maar ook bij een groot aantal andere huidziekten, waaronder alle vormen van eczeem.

De drie belangrijkste effecten van deze geneesmiddelen zijn remming van een ontstekingsreactie in de huid, remming van de celdeling en

dichtknijpen van zeer kleine bloedvaatjes (vasoconstrictie). Dit verklaart waarom dermatocorticosteroïden effectief zijn bij de behandeling van psoriasis. Bij psoriasis is er immers een ontstekingsreactie in de huid, is de celdeling toegenomen en zijn de bloedvaatjes uitgezet.

Door ondeskundig gebruik kunnen bijwerkingen optreden. Toen deze middelen voor het eerst op de markt kwamen, werd weinig aandacht aan de bijwerkingen geschonken. Hierdoor ontstonden veel bijwerkingen waardoor deze middelen een slechte naam hebben gekregen. Daarom zijn veel mensen bang om hormoonzalven te gebruiken. Inmiddels is gebleken dat bij deskundig gebruik een hormoonzalf een goed resultaat geeft met geen of geringe bijwerkingen.

Ook door de kwaliteitsverbetering van hormoonzalven lijken er minder bijwerkingen op te treden. Het goede resultaat wil niet zeggen dat de huid geneest, maar de klachten verminderen. De oorzaak zoals de erfelijke factor kan immers niet weggenomen worden.

Verschillende sterkten van hormoonzalven

Er zijn verschillende sterkten van hormoonzalven. Ze worden ingedeeld in 4 klassen. Hoe hoger de klasse, hoe sterker de werkzame bestanddelen.

Het medicijn wordt meestal voorgeschreven in een zalf, crème of lotion.

Soms kiest een arts ervoor om met een lagere klasse te starten en om bij onvoldoende resultaat een sterkere hormoonzalf voor te schrijven.

Ook kan de arts wel eens starten met een sterke hormoonzalf zodat de ontsteking in de huid snel en krachtig wordt onderdrukt. Op langere termijn leidt dit laatste in het algemeen tot minder gebruik van hormoonzalven.

Wanneer u de zalven waarin de medicijnen zitten niet prettig vindt, kunt u dit doorgeven aan de arts zodat hij met u kan bekijken welke zalf geschikter is.

Het gebruik van hormoonzalven

In de beginfase is het advies meestal een of twee keer per dag te smeren. Het is niet effectief om vaker dan twee keer per dag te smeren.

Een zalf die bestemd is voor een plaats waar de huid dik is kan meestal niet gebruikt worden op een plaats waar de huid veel dunner is zoals bv. rondom de ogen en in de huidplooiën.

Bij gebruik van hormoonzalven is het belangrijk om nooit ineens te stoppen met smeren, maar bij onvoldoende verbetering geleidelijk af te bouwen. Bij te snel afbouwen komen uw klachten meestal snel weer terug. U kunt bijhouden hoeveel zalf u smeert en hoe vaak.

Het afbouwen van hormoonzalven

Na de start van een intensieve behandeling is vaak duidelijke verbetering zichtbaar binnen een of twee weken. Voordat u de zalf gaat afbouwen moet de huidaandoening echt sterk verbeterd zijn. Bouw niet af als er geen verbetering is of als u merkt dat de psoriasis weer terug komt.

Let op: bij weinig verbetering na 6 weken contact opnemen met arts of verpleegkundige.

U kunt het afbouwen van de zalf met de arts of verpleegkundige bespreken. Er zijn verschillende mogelijkheden en afbouwschema's.

Bijwerkingen van hormoonzalven

- Het dunner worden van de huid
- Rode vaatverwijdingen (couperose)
- Haartjes kunnen harder gaan groeien
- De huid kan witter of soms juist donkerder worden
- Huidstriemen (striae)

Wanneer hormoonzalven goed gebruikt worden, kunnen bijwerkingen sterk beperkt worden. De meeste bijwerkingen zijn tijdelijk. U hoeft er dus niet bang voor te zijn.

Ditranol

Ditranol (synoniem: cignoline) wordt als geneesmiddel voor psoriasis al vanaf 1916 gebruikt. In Nederland is ditranol beschikbaar in verschillende concentraties, zowel in pasta, zalf als creme.

Ditranol is een effectief middel voor de behandeling van psoriasis, maar heeft enkele belangrijke nadelen, met name dat er vooral bij gebruik in het gezicht, de hals, de geslachtsorganen en de plooien irritatie kan optreden. Daarnaast kan er (tijdelijke) verkleuring van de huid optreden. Wanneer kleding, beddengoed en meubilair in contact komen met ditranol, geeft dit eveneens blijvende verkleuringen. Verder is ditranol een zeer veilig geneesmiddel.

Ditranol wordt meestal in een dagbehandelingcentrum of eventueel tijdens een ziekenhuisopname gebruikt. Na goede instructies kan het echter ook in de thuissituatie gebruikt worden.

Zie ook folder "Behandeling met ditranol".

Koolteer

Koolteer wordt al meer dan een eeuw gebruikt voor de behandeling van psoriasis, vaak in combinatie met ultraviolet licht belichtingen (de zogeheten Goeckermann behandeling). Verwerkt in een creme of pasta heeft teer een jeukstillend en ontstekingsremmend effect op psoriasis.

Teer geeft echter vlekken op textiel en het ruikt onaangenaam.

Teerpreparaten worden voor de behandeling van psoriasis de laatste jaren minder voorgeschreven, maar kunnen in een aantal gevallen nog steeds uitkomst bieden.

Koolteer in de vorm van solutio carbonis detergens met menthol is verkrijgbaar als shampoo (Denorex RX), dat een nuttig effect kan hebben bij de behandeling van psoriasis op het behaarde hoofd.

Salicylzuur

Salicylzuur is een geneesmiddel dat bij psoriasis toegepast wordt omdat het de overmatige schilfering, die kenmerkend is voor psoriasis, losmaakt. Daardoor kunnen andere geneesmiddelen en ook de ultraviolette straling van belichtingstherapie dieper in de psoriasisplekken binnendringen en dus beter werken. Vaak wordt salicylzuur dus toegevoegd aan een ander geneesmiddel, vooral corticosteroïden. Salicylzuur mag echter niet

gecombineerd worden met de vitamine D3 preparaten calcipotriol en calcitriol, omdat salicylzuur deze middelen onwerkzaam maakt. Soms wordt salicylzuur in bijvoorbeeld vaseline gebruikt om zeer sterk verhoorde psoriasisplekken eerst te ontschilferen, voordat ze met andere middelen of methoden behandeld worden. Voor ontschilfering van plekken op het behaarde hoofd wordt salicylzuur vaak verwerkt in cetomacrogolzalf of 'axungia' omdat deze zalven, in tegenstelling tot vaseline, gemakkelijk uitwasbaar zijn.

2. Lichttherapie

Lichttherapie is gebaseerd op de ervaring dat veel mensen met psoriasis baat hebben bij blootstelling van hun psoriasisplekken aan zonlicht. Bij lichttherapie worden mensen met psoriasis behandeld met ultraviolette stralen. Er zijn twee vormen van lichttherapie: UVB en PUVA. Zie folder "Lichttherapie".

3. Systemische therapie

Methotrexaat

Methotrexaat (Emthexate®, Ledertrexate®) wordt al sinds meer dan 40 jaar gebruikt voor de behandeling van ernstige psoriasis. Methotrexaat remt de celdeling van keratinocyten en ontstekingscellen en heeft ook invloed op de immuniteit. Zie folder "Methotrexaat".

Acitretine

Acitretine (Neotigason®) is een geneesmiddel dat is afgeleid van vitamine A. Acitretine zelf wordt gebruikt vanaf 1988. De vitamine A-afgeleiden (hiervoor wordt meestal de term retinoïden gebruikt) onderdrukken de celdeling van keratinocyten, verminderen het aantal ontstekingscellen en beïnvloeden het afweersysteem. Zie folder "Acitretine".

Ciclosporine

Ciclosporine (Neoral®) is een zogeheten immuunsuppressivum, een middel dat de immuniteit (afweer) onderdrukt. Het remt onder andere de deling van T-lymfocyten (een bepaald soort ontstekingscellen), die bij psoriasis een belangrijke rol spelen. Het wordt sinds ongeveer 15 jaar gebruikt voor de behandeling van psoriasis. Zie folder "Ciclosporine".

Fumaraten

Fumaraten zijn geneesmiddelen die zijn afgeleid van fumaarzuur. Deze medicijnen werden voor het eerst gebruikt in Duitsland in 1959. Fumaraten onderdrukken de celdeling van keratinocyten en van T-cellen en hebben een gunstige invloed op de ontstekingsreactie in de huid van psoriasisplekken. Zie folder "Fumaraten".

Biologicals

Dit zijn zogenaamde biologische geneesmiddelen (een verzamelnaam voor gewijzigde eiwitten die zijn ontwikkeld om immunologische processen te beïnvloeden) die een gunstige invloed hebben op de ontstekingsreactie in de psoriasisplekken.

In Nederland zijn Etanercept (Enbrel®), Adalimumab (Humira®), Infliximab (Remicade® en Ustekinumab (Stelara®) geregistreerd voor de behandeling van psoriasis. Biologicals zijn zeer dure geneesmiddelen, die momenteel alleen onder strikte voorwaarden door de zorgverzekeraars worden vergoed. Alleen mensen die niet reageren op andere systemische therapieën of lichttherapie, kunnen in aanmerking komen voor behandeling met een 'biological'.

Wat kunt u zelf nog doen?

Het vet houden van de huid met crèmes en zalven is goed voor de huid. Ook baden met toevoeging van badolie is nuttig. Probeer niet te krabben, omdat daardoor soms nieuwe psoriasisplekken kunnen ontstaan. Het is natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan, maar probeer te accepteren dat u psoriasis heeft en dat de aandoening door behandeling weliswaar aanzienlijk verbeterd kan worden, maar daardoor niet zal genezen. Streef bij het behandelen van uw psoriasis niet naar perfectie, dat zal vaak tot frustratie leiden. Probeer u zo goed mogelijk te houden aan de instructies die u van de dermatoloog en ander medisch personeel heeft gekregen. Als u dat niet doet, kan dat de werkzaamheid van de behandeling verminderen, maar het kan soms ook tot meer bijwerkingen en mogelijk gevaarlijke situaties leiden.

Wat zijn de vooruitzichten (de prognose)?

Het beloop van een psoriasis is niet te voorspellen. De activiteit van de huidziekte kan sterk variëren, waarbij periodes van spontane verbetering (remissies) en verergering (exacerbatie) elkaar afwisselen. Hoelang de ziekte in individuele gevallen duurt, of er een spontane genezing optreedt, hoe lang deze zal duren en of de huidafwijkingen daarna weer terug zullen komen is onvoorspelbaar. De periode tot genezing kan jaren tot tientallen jaren duren en de meeste mensen houden hun psoriasis - soms wat minder, soms wat erger - hun hele leven lang.

De vooruitzichten na behandeling zijn ook niet heel 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% treedt de verergering al heel snel op. Nog geen 5% van de mensen blijft na behandeling gedurende 5 jaar of langer vrij van psoriasisplekken. In ernstige gevallen kan de psoriasis vaak wel langdurig

onderdrukt worden met bepaalde behandelingen.

De vooruitzichten lijken wat slechter te zijn bij mensen die psoriasis op jonge leeftijd hebben ontwikkeld en wanneer psoriasis ook in de familie voorkomt. De prognose bij psoriasis guttata is over het algemeen beter dan die bij plaque psoriasis. Een aanval van psoriasis guttata zal in ongeveer 2/3 van de gevallen spontaan genezen.

Psoriasis is zelden een gevaarlijke ziekte. Uitzonderingen daarop zijn psoriasis erythrodermie en de uitgebreide pustuleuze vormen van psoriasis (psoriasis pustulosa), terwijl artritis psoriatica aanleiding kan geven tot ernstige ziekteverschijnselen. Ook geven sommige behandelingen incidenteel aanleiding tot bijwerkingen die de gezondheid kunnen bedreigen.

Meer informatie?

Wanneer u behoefte heeft aan meer informatie over psoriasis of de behandel mogelijkheden ervan, verwijzen we naar de volgende websites:

- www.psoriasis.nl
- www.huidarts.com
- www.huidarts.info
- www.huidziekten.nl

Verder zijn de volgende folders in het St Anna Ziekenhuis beschikbaar die relevant kunnen zijn voor patiënten met psoriasis:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| • Corticosteroiden voor de huid | • Lichttherapie |
| • Ditranolbehandeling | • Methotrexaat |
| • Behandeling met koolteerpreparaten | • Acitretine |
| • Vitamine D3 afgeleiden | • Ciclosporine |
| • Dagbehandeling | • Biologicals |

Heeft u nog vragen?

Deze folder is niet bedoeld als vervanging van de mondelinge informatie, maar als aanvulling daarop. Hierdoor is het mogelijk om alles nog eens rustig na te lezen.

Heeft u vragen over de behandeling, neem dan contact op met:
polikliniek dermatologie, telefoon: 040 - 286 4862 of
dermatologisch dagcentrum, telefoon: 040 - 286 4184.

Met algemene vragen kunt u terecht bij uw behandelend specialist.



St. Anna Ziekenhuis

locatie Geldrop

Bogardeind 2
5664 EH Geldrop

locatie Eindhoven

Antoon Coolenlaan 1-03
5644 RX Eindhoven

COLOFON

Opmerkingen, suggesties of aanvullingen op de folder kunt u kenbaar maken bij patiëntenvoorlichting.

Redactie

St. Anna Ziekenhuis
Patiëntenvoorlichting
T: 040 - 286 4874
E: patiëntenvoorlichting@st-anna.nl

Postbus 90
5660 AB Geldrop

WWW.ST-ANNA.NL



**DER048
06-11**