

Kunnen we een chronisch ziektebeeld voorkómen?

Is het mogelijk om, door psoriasis vroeg en krachtig te behandelen met een biologic of small molecule inhibitor, het immuunsysteem zo te moduleren dat de aandoening niet chronisch wordt? "Op dit moment zijn er nog een aantal obstakels te overwinnen", aldus dermatoloog en hoogleraar Inflammatoire huidziekten Elke de Jong (Radboudumc). "Maar dat we nadenken over de preventie van ernstige vormen van psoriasis is al een enorme stap voorwaarts."

Hoewel biologics en small molecule inhibitors (SMI) effectief zijn bij de behandeling van psoriasis, zijn het vaak niet de eerste middelen waarmee psoriasispatiënten behandeld worden.^{1,2} "Bij de meeste patiënten volgen we een stapsgewijze aanpak. We starten we met topicale en/of lichttherapie, gevolgd door conventionele systemische therapie. Pas als hiermee onvoldoende resultaat wordt behaald of er sprake is van ernstige ziekte, contra-indicaties, intoleranties of bijwerkingen komen biologics of SMI in beeld."¹

De laatste jaren is het idee ontstaan dat het misschien toch effectiever is om biologics en SMI eerder in de behandeling in te zetten: een zogeheten 'vroege interventie'. Dit zou psoriasis niet alleen kunnen remmen maar misschien zelfs kunnen voorkomen dat het chronisch wordt.³ Een 'vroege interventie' kan hierbij 2 dingen betekenen. "Allereerst gaat het erom mensen zo vroeg mogelijk in het ziekteproces te behandelen. Daarnaast wil je sneller één van de meest effectieve biologics of SMI geven. Een combinatie van beide, bestaande uit een vroege én krachtige behandeling, is ook mogelijk."

Vroeg en krachtig behandelen

De reden om vroeg in het ziekteproces met deze medicijnen te starten heeft te maken met de modulatie van het immuunsysteem. "Psoriasis is een chronische aandoening. Het idee dat op dit moment leeft is dat het ziekteproces, als het eenmaal is ontstaan, mede in stand wordt gehouden door een bepaald type T-cellen die zich in de huid bevindt, de zogenaamde resident memory T-cellen (Trm, zie kader). Als die cellen eenmaal ontstaan zijn, is het lastig om ze weer te elimineren. Daarom wil je dus eigenlijk in een vroeg stadium voorkómen dat ze ontstaan." De reden om direct voor een zo krachtig mogelijk middel te kiezen heeft zowel te maken met de kenmerken van de medicijnen als met die van de patiënt. De

Jong: "We zien in de praktijk dat de nieuwere biologics, zoals IL-23-remmers, over het algemeen effectiever zijn dan de TNF- α -remmers die al langer op de markt zijn.^{4,5} We weten ook dat patiënten het meeste effect ervaren van een biologic als zij nog 'bionaïef' zijn, dus nog niet eerder behandeld met soortgelijke geneesmiddelen. Het beste resultaat krijg je dus mogelijk door direct met een krachtig middel te behandelen, met zo min mogelijk voorbehandelingen."

Tot nu toe laten observationele studies en

posthoc- en subgroep analyses van klinische trials wisselende resultaten zien wat betreft het effect van vroege interventie met een biologic op de klinische respons van psoriasispatiënten. Dit kan mede komen doordat in sommige studies een 'vroege interventie' werd gedefinieerd als start van de behandeling na 15 tot 20 jaar ziekte duur versus start na een nog langere periode.³ De afgelopen jaren zijn 2 klinische trials gestart die specifiek kijken naar het effect van een vroege, krachtige behandeling met een biologic na een ziekte duur van slechts 1 of 2 jaar. Zo onderzoekt de GUIDE-studie (NCT03818035) het effect van de IL-23-remmer guselkumab op de klinische respons bij volwassen patiënten met matig tot ernstige plaque psoriasis.⁶ De studie vergelijkt patiënten bij wie de behandeling wordt gestart na een ziekte duur korter dan 2 jaar met pa-

tiënten bij wie de ziekte al langer aanwezig is. De eerste analyses laten zien dat mensen met een korte ziekte duur vaker een stabiele complete respons van de huid laten zien dan mensen met een langere ziekte duur (Psoriasis Area and Severity Index (PASI)-score van 0 in week 20 én week 28 van de behandeling: 43,7% vs. 28,1%, $p < 0,001$). Daarnaast bereiken patiënten met een korte ziekte duur sneller een PASI-score van 0 dan patiënten die de ziekte al langer hebben (mediane duur 141 versus 200 dagen, $p < 0,001$).⁷ De studie laat ook zien dat het aantal resident memory T-cellen in de huid snel afneemt na start van de behandeling met guselkumab.⁸ De STEPI-n studie (NCT03020199) randomiseert patiënten die minder dan 12 maanden geleden een diagnose psoriasis kregen naar een behandeling met de IL-17A-remmer secukinumab of

Patiënt Prominent

De eczeemzorg verandert.

Nieuwe behandelopties, praktijkervaring, studiedata en patient reported outcome measures (PROMs) geven meer inzicht in wat écht werkt – voor patiënt én zorgprofessional.

Patiënt Prominent bundelt deze inzichten in praktische tools en educatie voor beter afgestemde behandelkeuzes.

Patiënt Prominent richt zich op drie actuele thema's:

1. Herziening NVDV-richtlijn Constitutioneel Eczeem

Wat betekenen de nieuwe aanbevelingen rondom biologics en JAK-remmers voor uw dagelijkse werkwijze?

2. BioDay-register: 5 jaar ervaring met dupilumab

Wat leren we uit de real-world data van het BioDay-register, waarin 1.286 dupilumab-behandelde patiënten gedurende vijf jaar gevolgd zijn?

3. PROMs: De stem van uw patiënt centraal

Hoe helpen PROMs zoals de Atopic Dermatitis Control Tool (ADCT) u om de ervaren ziektelast in brede zin mee te nemen in behandelbeslissingen?



Patiënt Prominent

Scan de QR-code voor meer informatie, tools, video's, handige materialen en Lunch & Learn-mogelijkheden.

sanofi | REGENERON



Prof. dr. E.M.G.J. de Jong, dermatoloog in het Radboudumc in Nijmegen

lichttherapie met UVB.⁹ De resultaten laten zien dat onder de patiënten die behandeld werden met de biologische een groter aandeel na 52 weken een PASI 90-respons bereikte dan onder patiënten behandeld met lichttherapie (91,1% versus 42,3%, $p < 0,0001$).¹⁰

Obstakels

De eerste resultaten met betrekking vroege interventie bij psoriasis zijn dus positief. Maar voordat vroege interventie daadwerkelijk kan worden toegepast in de klinische praktijk moet er nog het nodige gebeuren. De Jong: "Allereerst is er meer onderzoek nodig. Wat is precies de periode waarin vroege interventie zinvol is? Is dit binnen 1 of 2 jaar, zoals nu onderzocht wordt, of kun je ook een andere termijn aanhouden? En voor welke patiëntengroepen is zo'n vroege interventie het meest zinvol? Werkt dit zowel bij patiënten die nog maar een paar psoriasisplekken hebben als bij patiënten met ernstige psoriasis?" Ook meer fundamentele vragen over de rol van de resident memory T-cellen bij vroege interventie staan nog open. "Op welk moment in het ziekteproces ontstaan deze cellen, en tegen welk antigeen zijn zij gericht? Er is nog veel wat we niet weten."

Ook zijn er nog een aantal praktische obstakels te overwinnen voordat een vroege interventie in de kliniek kan worden toegepast. "Volgens de richtlijnen mag je in principe geen biologische of SMI voorschrijven als een patiënt niet eerst conventionele medicatie heeft geprobeerd. Ook mensen die pas korte tijd psoriasis hebben komen nog niet in aanmerking hiervoor.¹ Alleen in uitzonderlijke gevallen, zoals bij zeer ernstige psoriasis of een contra-indicatie voor de conventionele middelen, kun je hiervan afwijken. Dat heeft er natuurlijk mee te maken dat deze medicijnen duur zijn en je die wilt reserveren voor de mensen die ze het hardste nodig hebben. Maar met de theorie van vroege interventie in het achterhoofd zou je dat moment misschien graag naar voren halen."

Positief

Ondanks de hobbels die er nog zijn ziet De Jong de toekomst positief in. "Met biologische en SMI kunnen we mensen met ernstige psoriasis nu al zo goed behande-

De rol van resident memory T-cellen bij psoriasis

Resident memory T-cellen (Trm) zijn T-cellen die al eerder in contact zijn geweest met een antigeen en hiertegen 'geheugen' hebben opgebouwd. Na een infectie of ontstekingsproces blijven ze achter in het weefsel. Op die manier zijn ze in staat om, bij hernieuwd contact met het antigeen, snel een immuunrespons op gang te brengen. In het geval van psoriasis blijven dergelijke Trm achter in de huid, op de plek waar de plaques zijn geheeld. Hier kunnen zij ertoe leiden dat de psoriasis opnieuw opvlamt. Door de cytokines die bijdragen aan de activatie van de Trm in een vroeg stadium te blokkeren met biologische kunnen de Trm mogelijk gereguleerd of zelfs geëlimineerd worden. Dit zou de prognose van psoriasis kunnen verbeteren.^{3,6,11}

len dat ze bijna of helemaal geen plekken meer hebben en in het dagelijks leven niet meer aan hun ziekte hoeven te denken. En ook ouderen, zoals 70- of 80-plussers, kunnen deze medicijnen zonder problemen gebruiken. Nu is het belangrijk dat we verder onderzoeken hoe we onze patiënten nóg beter kunnen helpen en dat we nog meer te weten komen over hoe de onderliggende mechanismen van het ziektebeeld werken. Daarvan kunnen niet alleen mensen met psoriasis, maar alle patiënten met een chronische ontstekingsaandoening profiteren."

Referenties

1. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Richtlijn Psoriasis. Versie 22-11-2024. Beschikbaar via URL: <https://richtlijnenindatabase.nl/>. Geraadpleegd op 22-apr-2025.
2. Farmacotherapeutisch Kompas. Psoriasis. Beschikbaar via URL: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/indicatiekosten/psoriasis>. Geraadpleegd op 12-mei-2025.
3. Ben Abdallah H, Emmanuel T, Bregnehe A, Johansen C, Iversen L. Early intervention and disease memory in psoriasis: A literature review. *J EADV Clin Pract.* 2022;1:307-16.
4. Blauvelt A, Papp KA, Griffiths CEM, et al. Efficacy and safety of guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, compared with adalimumab for the continuous treatment of patients with moderate to severe psoriasis: Results from the phase III, double-blind, placebo- and active comparator-controlled VOYAGE 1 trial. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(3):405-17.
5. Reich K, Armstrong AW, Foley P, et al. Efficacy and safety of guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, compared with adalimumab for the treatment of patients with moderate to severe psoriasis with randomized withdrawal and retreatment: Results from the phase III, double-blind, placebo- and active comparator-controlled VOYAGE 2 trial. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(3):418-31.
6. Eyerich K, Weisenseel P, Pinter A, et al. IL-23 blockade with guselkumab potentially modifies psoriasis pathogenesis: rationale and study protocol of a phase 3b, randomised, double-blind, multicentre study in participants with moderate-to-severe plaque-type psoriasis (GUIDE). *BMJ Open.* 2021;11(9):e049822.
7. Schäkel K, Reich K, Asadullah K, et al. Early disease intervention with guselkumab in psoriasis leads to a higher rate of stable complete skin clearance ('clinical super response'): Week 28 results from the ongoing phase IIb randomized, double-blind, parallel-group, GUIDE study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2023;37(10):2016-27.
8. Eyerich K, Asadullah K, Pinter A, et al. Noninferiority of 16-week vs 8-week guselkumab dosing in super responders for maintaining control of psoriasis: The GUIDE randomized clinical trial. *JAMA Dermatol.* 2024;160(9):953-63.
9. Iversen L, Eidsdøl M, Austad J, et al. Secukinumab treatment in new-onset psoriasis: aiming to understand the potential for disease modification - rationale and design of the randomized, multicenter STEPn study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2018;32(11):1930-39.
10. Iversen L, Conrad C, Eidsdøl M, et al. Secukinumab demonstrates superiority over narrow-band ultraviolet B phototherapy in new-onset moderate to severe plaque psoriasis patients: Week 52 results from the STEPn study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2023;37:1004-16.
11. Blauvelt A. Resident memory T cells in psoriasis: key to a cure? *J Psoriasis Psoriatic Arthritis.* 2022;7(4):157-9.

Dr. Jessica Brussee, wetenschapsjournalist

Opvattingen over TSW bij Nederlandse zorgprofessionals

Een recente webenquête onder 168 Nederlandse zorgprofessionals belicht de verdeling rond topicaal steroid withdrawal (TSW), een controversieel klinisch beeld dat wordt gerapporteerd na langdurig of frequent gebruik van lokale corticosteroiden. Hoewel publieke aandacht voor TSW toeneemt, blijft de kennis hierover in de medische praktijk beperkt. De meest gerapporteerde symptomen waren erytheem (64,1%) en een brandend gevoel (60,3%). Een meerderheid van de respondenten (69,6%) zag deze klachten vooral als uiting van een exacerbatie van constitutioneel eczeem en/of als bijwerkingen van corticosteroiden. Slechts 12,2% beschouwde TSW als een op zichzelf staande klinische entiteit, terwijl 17,6% het bestaan ervan afwees. Qua behandeling gaven zorgprofessionals de voorkeur aan het inzetten van andere lokale immuomodulatoren, het opnieuw starten en geleidelijk afbouwen van corticosteroiden, en aanvullende niet-medamenteuze of psychologische ondersteuning. 24,2% van de ondervraagden gaf aan liever geen patiënten te behandelen die het gebruik van lokale corticosteroiden weigeren. De auteurs benadrukken het belang van het formuleren van eenduidige diagnostische criteria en behandelrichtlijnen voor TSW. Ook is goede voorlichting en open communicatie tussen zorgprofessional en patiënt volgens hen essentieel, om onnodige behandelweigeren en misverstanden te voorkomen.

Acta Derm Venereol. 2025;105:adv44209.

Daling aantal soa-consulten, percentage positieve testen gelijk

In 2024 hebben minder mensen zich bij een Centrum voor Seksuele Gezondheid laten testen op soa's dan in 2023. Met in totaal 159.252 consulten is er sprake van een daling van 7% ten opzichte van het jaar ervoor. Het percentage dat een soa had (20%) was vergelijkbaar met 2023. Dit blijkt uit het soa jaaroverzicht 2024 van het RIVM. In 2024 waren er minder chlamydiadiagnoses dan in 2023: 20.174 ten opzichte van 24.084. Het percentage vrouwen met chlamydia daalde van 16,8% in 2023 naar 15,3%. Het percentage heteroseksuele mannen met chlamydia was vergelijkbaar (19,6 versus 19,2%). Het aantal diagnoses gonorrroe (13.952) was vrijwel hetzelfde als in 2023 (13.853). Het percentage vrouwen met gonorrroe bleef hoog op 4,2% (4,1% in 2023), het hoogste sinds het begin van de metingen in 2003. Het percentage heteroseksuele mannen met gonorrroe bleef ook hoog op 3,7% (3,5% in 2023). Er waren meer syfilisdiagnoses dan in 2023 (1.798 versus 1.693). In 2024 werden 1013 mensen met hiv nieuw geregistreerd bij de hiv-behandelcentra, een lichte stijging ten opzichte van 985 in 2023.

RIVM

Verkorte Productinformatie Cosentyx® 150 mg en 300 mg oplossing voor injectie

Samenstelling Elke voorgevulde spuit bevat 150 mg secukinumab in 1 ml. Elke voorgevulde pen bevat 150 mg secukinumab in 1 ml of 300 mg secukinumab in 2 ml. **Indicaties** Behandeling van: 1) matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassenen, kinderen en adolescenten vanaf 6 jaar die in aanmerking komen voor systemische therapie; 2) actieve matige tot ernstige hidradenitis suppurativa (HS) (acne inversa) bij volwassenen met een inadequate respons op conventionele systemische HS-therapie; 3) actieve artritis psoriatica (PsA), alleen of in combinatie met methotrexaat (MTX), bij volwassen patiënten die een inadequate respons vertoonden op eerdere behandeling met DMARD's; 4) actieve spondylitis ankylopoetica (AS) bij volwassenen bij wie de respons op conventionele behandeling inadequaat was; 5) actieve niet-röntgenpositieve axiale spondylitis met objectieve tekenen van ontsteking in de vorm van verhoogd CRP en/of bewijs op MRI bij volwassenen bij wie de respons op NSAID's inadequaat was; 6) Juveniele idiopathische artritis (JIA), bestaande uit actieve enthesitis-gerelateerde artritis en actieve juveniele artritis psoriatica bij patiënten met 6 jaar en ouder bij wie de ziekte onvoldoende heeft gereageerd op conventionele therapie of die de conventionele therapie niet kunnen verdragen, waarbij Cosentyx alleen of in combinatie met MTX kan worden gebruikt. **Farmacotherapeutische groep** Immunosuppressiva, interleukineremmers. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of een van de hulpstoffen. Actieve infectie van klinische betekenis (bijv. actieve tuberculose). **Waarschuwingen** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een chronische infectie of een voorgeschiedenis van recidiverende infectie. Patiënten moeten geïnstrueerd worden een arts te raadplegen bij klachten en verschijnselen die duiden op een infectie. Als een patiënt een ernstige infectie ontwikkelt, moet de patiënt nauwkeurig worden gemonitord en mag secukinumab pas weer worden toegediend zodra de infectie is verdwenen. Tuberculose (actieve en/of latente reactivatie) werd gemeld bij behandeling met secukinumab. Patiënten moeten op tuberculose-infectie worden onderzocht voor start van de behandeling. Secukinumab mag niet worden gegeven aan patiënten met actieve tuberculose. Bij patiënten met latente tuberculose moet voor start van de behandeling antituberculose therapie worden overwogen. Tijdens de behandeling moet worden gecontroleerd op klachten en verschijnselen van actieve tuberculose. Secukinumab wordt niet aanbevolen bij patiënten met inflammatoire darmziekte, waaronder de ziekte van Crohn en ulceratieve colitis. Als een patiënt klachten of verschijnselen vertoont van inflammatoire darmziekte of een exacerbatie ervan van een vooraf bestaande inflammatoire darmziekte, moet secukinumab worden gestaakt en moet een passende medische behandeling worden opgestart. Als een anafylactische reactie, angio-oedeem of andere ernstige allergische reacties zich voordoen, moet de toediening van secukinumab onmiddellijk worden gestaakt en moet een passende behandeling worden ingesteld. Aangezien de verwijderbare naald van de Cosentyx voorgevulde spuit en voorgevulde pen een derivaat van natuurlijk rubberlatex bevatten, bestaat er een potentieel risico op overgevoeligheidsreacties bij latexgevoelige personen. Levende vaccins mogen niet gelijktijdig met secukinumab worden toegediend. Voorzichtigheid is geboden wanneer gelijktijdig gebruik van andere immunosuppressiva en secukinumab wordt overwogen. Reactivatie van het hepatitis B-virus kan optreden bij patiënten die worden behandeld met secukinumab. Testen op HBV-infectie moet overwogen worden voor start van de behandeling. Bij bewijs van positieve HBV-serologie tijdens de behandeling moet worden gecontroleerd op klinische en laboratoriumsymptomen van HBV-activatie. Bij reactivatie moet secukinumab stopzetting worden overwogen. **Bijwerkingen** Zeer vaak bovensteluchtweginfecties. Vaak orale herpes, hoofdpijn, rinorroe, diarree, misselijkheid, eczeem, vermoeidheid. Soms orale candidiasis, otitis externa, ondersteluchtweginfecties, tinea pedis, neutropenie, conjunctivitis, inflammatoire darmziekte, urticaria, dyshidrotisch eczeem. **Afleverstatus UR Verpakking en prijs** Zie Z-Index **Vergoeding** Financiering verloopt via add-on. **Registratiehouder** Novartis Europharm Limited **Lokale vertegenwoordiger** Novartis Pharma B.V., Haaksbergweg 16, 1101 BX Amsterdam. **Meer informatie** voor meer informatie kunt u bellen met 088-0452111. De volledige productinformatie kunt u raadplegen via www.novartis.nl/medicijnen. **Datering verkorte productinformatie** februari 2025.

Voetnoten en referenties

- *90% van de patiënten had minder risico op onomkeerbare gewrichtsschade t/m jaar 2 (n=191).²
1. Cosentyx® (secukinumab) Summary of Product Characteristics.
 2. Mease PJ et al. *RMD Open.* 2021;7(2):e001600.
 3. Bissonnette R et al. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2018;32(8):1507-1514
 4. Surguchov B et al. *Dermatol Ther.* 2022;35(3):e15285
 5. Gottlieb AB et al. *Acta Derm Venerol.* 2022;102:adv00898

NOVARTIS

Cosentyx®
secukinumab