Tabletten en injecties bij psoriasis

Een overzicht van de medicijnen die door het hele lichaam werken

Het doel van deze folder

Deze folder is voor mensen met psoriasis bij wie smeren niet genoeg helpt, en voor ouders van kinderen met ernstige psoriasis. Je leest welke middelen er zijn, hoe je samen kiest en wat je kunt verwachten.

Wanneer tabletten of injecties?

De meeste mensen met psoriasis hebben genoeg aan een vettende crème en een zalf op de plekken. Lukt het daarmee niet, dan kan de dermatoloog bij matige tot ernstige psoriasis een medicijn voorstellen dat door het hele lichaam werkt. Soms is lichttherapie een andere mogelijkheid. Je dermatoloog kijkt onder meer naar hoeveel huid psoriasis heeft, hoeveel last je ervan hebt, jeuk en lastige plekken, zoals je gezicht, hoofdhuid, geslachtsdelen of nagels.

Deze medicijnen remmen de ontsteking zolang je ze gebruikt. Ze genezen psoriasis niet. De vettende crème blijft de basis, ook tijdens de behandeling.

Drie groepen

Klassieke middelen

Methotrexaat, ciclosporine, acitretine en dimethylfumaraat worden al lang gebruikt.

- **Methotrexaat** neem je 1 keer per week, als tablet of injectie, met foliumzuur erbij.
- **Ciclosporine** werkt snel. Je gebruikt het meestal kort, hooguit 2 jaar. De arts controleert je bloeddruk en je nieren.
- **Acitretine** is verwant aan vitamine A. Tot 3 jaar na het stoppen mag je niet zwanger worden en geen bloed geven. Vrouwen die zwanger kunnen worden, krijgen het daarom in principe niet.
- **Dimethylfumaraat** bouw je langzaam op. In de eerste weken geeft het zeer vaak diarree en opvliegers.

Nieuwere tabletten

Apremilast (2 keer per dag) en deucravacitinib (1 keer per dag) remmen elk één schakel van de ontsteking. Ze zijn er als klassieke middelen niet passen en je liever tabletten hebt. Deucravacitinib werkt beter dan apremilast en heeft de voorkeur.

Biologics

Biologics zijn eiwitten die gericht één of twee signaalstoffen van de ontsteking remmen. Je spuit ze onder de huid met een pen of spuit, van 1 of 2 keer per week tot 1 keer per 12 weken. Infliximab krijg je meestal als infuus in het ziekenhuis. Biologics bewaar je in de koelkast. Van een aantal bestaat een biosimilar, een bijna gelijk middel met dezelfde adviezen.

- **TNF-alfaremmers:** adalimumab, etanercept, certolizumab pegol en infliximab. Ze kunnen koorts onderdrukken en geven meer kans op tuberculose.
- **IL-17-remmers:** secukinumab, ixekizumab, brodalumab en bimekizumab. Ze geven vaker een schimmelinfectie, zoals spruw in de mond. Bij brodalumab let je extra op je stemming.
- **IL-23-remmers:** guselkumab, risankizumab en tildrakizumab.
- **IL-12/23-remmer:** ustekinumab.



Hoe kies je samen?

Je dermatoloog bespreekt met jou welke middelen geschikt zijn. Daarbij tellen onder meer mee hoe goed, hoe veilig en hoe snel een middel werkt, je leeftijd, je gezondheid, een kinderwens, of je liever tabletten, een injectie of een infuus hebt, en de kosten. Zijn twee middelen even geschikt, dan kan de prijs de doorslag geven.

Bespreek vooraf welke doelen je hebt en wanneer jullie kijken of die gehaald zijn.

Meestal begin je met een klassiek middel. Helpt dat niet genoeg, geeft het bijwerkingen of is het niet geschikt, dan volgt een nieuwere tablet of een biologic. Soms begint de dermatoloog direct met een biologic, bijvoorbeeld bij zeer ernstige psoriasis.

Bij ontstoken gewrichten

Heb je ook artritis psoriatica, dan kiezen je dermatoloog en reumatoloog samen. Methotrexaat helpt vaak voor huid en gewrichten. Is dat niet genoeg, dan volgt meestal een biologic. Meer lees je in de folder Psoriasis en gewrichten.

Bij een kinderwens

Bespreek een kinderwens op tijd, ook als die nog ver weg is. Sommige medicijnen moeten lang voor een zwangerschap stoppen.

- Methotrexaat: stop minstens 3 maanden vooraf.
- Acitretine: stop minstens 3 jaar vooraf.
- Dimethylfumaraat, apremilast en deucravacitinib: niet tijdens de zwangerschap.
- Ciclosporine is de eerste keus als rond een zwangerschap een klassiek middel nodig is.
- Is tijdens de zwangerschap een biologic nodig, dan is certolizumab pegol de eerste keus. Dit middel komt bijna niet bij de baby.
- Borstvoeding kan bij TNF-alfaremmers en meestal bij ciclosporine, en bij andere biologics na overleg. Bij de andere middelen niet.

Je dermatoloog overlegt met een gynaecoloog. Ook mannen bespreken een kinderwens. Met methotrexaat, ciclosporine, dimethylfumaraat of een TNF-alfaremmer kun je doorgaan.

Kreeg je na 16 weken zwangerschap nog een biologic, dan krijgt je baby in het eerste levensjaar geen levende vaccins, zoals het rotavirusvaccin. Na certolizumab pegol mag dat wel, en ook als etanercept bij 30 tot 32 weken is gestopt. Twijfel je over een vaccinatie van je baby, dan overlegt je arts met de kinderarts. Gebruikte je in de zwangerschap een van deze medicijnen, dan krijgt je baby meestal een extra prik bij 2 maanden. Vertel de verloskundige en het consultatiebureau welk medicijn je gebruikte.

Bij andere ziekten

Sommige middelen passen minder goed bij een andere ziekte. Een paar voorbeelden:

Als je dit hebt	Kiest de arts liever niet
Ziekte van Crohn of colitis ulcerosa	IL-17-remmers, dimethylfumaraat
MS	TNF-alfaremmers
Ernstig hartfalen	TNF-alfaremmers, ciclosporine
Depressie of gedachten aan zelfdoding, ook vroeger	apremilast; brodalumab alleen na goede afweging
Diabetes	ciclosporine, methotrexaat, acitretine
Nieren die minder goed werken	ciclosporine, methotrexaat, dimethylfumaraat; liefst een biologic
Hepatitis B, nu of vroeger	TNF-alfaremmers

Heb je kanker of ben je daarvoor nog onder controle, dan overleggen je artsen eerst samen.

Onderzoek vooraf

- Je arts vraagt naar je gezondheid, je medicijnen, eerdere behandelingen, infecties, kanker, je stemming, alcohol en een kinderwens.
- Je arts kijkt je huid na op huidkanker en plekjes die dat kunnen worden.
- Bij de meeste middelen krijg je bloedonderzoek. Bij methotrexaat, ciclosporine, deucravacitinib en biologics is dat ook een test op hepatitis B en C, en zo nodig op hiv.
- Bij TNF-alfaremmers, ustekinumab en deucravacitinib krijg je onderzoek naar tuberculose (tbc), met vragen en een longfoto. Bij IL-17- en IL-23-remmers gebeurt dat alleen als je een grotere kans op tbc hebt, en bij kinderen altijd. Een slapende tbc wordt eerst behandeld.
- Kun je zwanger worden, dan krijg je een zwangerschapstest.

Vaccinaties

De meeste van deze medicijnen remmen de afweer. Daarom zijn vaccinaties extra belangrijk.

- Laat vóór de start je vaccinaties nakijken. Plan je een verre reis, ga dan minstens 2 tot 3 maanden voor vertrek naar een reizigersvaccinatiebureau, zoals de GGD.

- Vaccins zonder levend virus of bacterie mogen. Krijg ze liefst 2 weken voor de start, een levend vaccin minstens 4 weken voor de start.
- De jaarlijkse griepprik en een pneumokokkenprik worden aangeraden. Bij methotrexaat, ciclosporine, dimethylfumaraat en biologics krijg je de griepprik gratis via je huisarts en wordt de pneumokokkenprik vergoed; je eigen risico kan gelden.
- Het vaccin tegen gordelroos zonder levend virus is het overwegen waard. Vanaf 18 jaar vergoed bij JAK-remmers en bepaalde biologicals, met verklaring van je arts.
- Levende vaccins, zoals tegen gele koorts en de BMR-prik, krijg je bij de meeste middelen niet. Bij acitretine mogen ze wel. Is een levend vaccin toch nodig, dan stop je eerst: bij apremilast 2 tot 4 weken, bij methotrexaat, ciclosporine en etanercept 1 tot 3 maanden, bij dimethylfumaraat en de andere biologics 3 tot 5 maanden. Bij deucravacitinib overlegt je arts. Je start weer minstens 4 weken na het vaccin.

Controles

Je komt regelmatig op controle. Je bespreekt hoe het gaat met je huid, je gewrichten en je stemming, en of je bijwerkingen hebt. Bij de klassieke middelen en deucravacitinib prik je regelmatig bloed. Bij biologics en apremilast zijn vaste bloedcontroles niet nodig. Gaat het lange tijd goed, dan kan een deel van de controles op afstand. Je komt dan minstens 1 keer per jaar langs.

Wat kun je verwachten?

- Bij ciclosporine en methotrexaat beoordeelt je dermatoloog het effect binnen 12 weken, bij de meeste biologics na 16 weken. Bij acitretine, dimethylfumaraat, apremilast en deucravacitinib kan dat tot 24 weken duren.
- Werkt het niet genoeg, dan kan de dosis omhoog of krijg je een ander of extra middel.
- Met de meeste middelen krijg je sneller infecties.
- Stop niet zelf zonder overleg: de psoriasis kan terugkomen. Uitzonderingen staan in het kader.
- Vertel elke arts, tandarts en apotheker welk medicijn je gebruikt, zeker voor een operatie.

Kinderen

Ook kinderen kunnen tabletten of injecties krijgen, bij een dermatoloog die samenwerkt met een kinderarts. Methotrexaat is meestal de eerste keus. Een aantal biologics mag al vanaf 4 of 6 jaar. Ciclosporine alleen bij uitzondering en kort. Ze krijgen bloedonderzoek bij de start en daarna meestal elke 3 tot 6 maanden, ook bij biologics.

Meer informatie

Op thuisarts.nl lees je over pillen en prikken van de huidarts, met een keuzehulp. De patiëntenvereniging vind je op psoriasispatientennederland.nl. Alle folders, ook per medicijn, staan op onlinedermatologie.nl.

Neem contact op met je arts of verpleegkundige bij:

- bijwerkingen die je hinderen
- psoriasis die niet beter wordt op het afgesproken moment
- een zwangerschapswens
- een vaccinatie, een operatie of een verre reis
- nieuwe klachten van je gewrichten, of als je je somber voelt

Neem dezelfde dag contact op bij:

- koorts, of een infectie waar je erg ziek van bent; neem je volgende tablet of injectie dan pas na overleg
- zwangerschap: stop direct met methotrexaat, acitretine, dimethylfumaraat, apremilast of deucravacitinib
- bij methotrexaat: keelpijn, zweertjes in de mond, aanhoudende hoest, kortademigheid, blauwe plekken, bloedingen, ernstige diarree of braken
- bij apremilast of brodalumab: somberheid die nieuw is of erger wordt, of gedachten aan zelfdoding; bij apremilast stop je dan direct. Je kunt ook bellen met 113 Zelfmoordpreventie: 113 of gratis 0800 0113.

Er is alles aan gedaan om ervoor te zorgen dat de informatie in deze folder juist is. Toch is niet elke behandeling geschikt of werkzaam voor iedereen. Je eigen arts kan je uitgebreider adviseren.

Samengesteld door dr. Annemie Galimont, dermatoloog, naar de NVDV-richtlijn Psoriasis, de conceptrichtlijn Screening en monitoring (NVDV, 2026), de richtlijn Tuberculosescreening (2025), de richtlijn over medicatie rondom de zwangerschap (2024), de adviezen van de LCI en het LCR, het Farmacotherapeutisch Kompas (2026), de productinformatie en de Staatscourant. Uitgave: onlinedermatologie.nl, oktober 2026.