

Algemene inleiding: leefstijl bij psoriasis

Leefstijlinterventies bij psoriasis: een noodzakelijke pijler binnen de behandeling

De rol van leefstijl in de gezondheidszorg krijgt steeds meer aandacht, zowel vanuit het perspectief van de zorgverlener als van de patiënt. Dit geldt in het bijzonder voor chronische inflammatoire aandoeningen en auto-immuunziekten, waaronder huidaandoeningen zoals psoriasis. Steeds meer onderzoek wijst erop dat leefstijlfactoren (zoals voeding, beweging, slaap, stress, roken en alcoholgebruik) invloed kunnen hebben op het immuunsysteem en daarmee mogelijk ook op het ziektebeloop en de kwaliteit van leven bij dermatologische aandoeningen. Patiënten tonen bovendien toenemende belangstelling voor leefstijlgerichte ondersteuning en stellen hierover steeds vaker vragen tijdens het consult. Voor zorgverleners is het daarom van belang om leefstijl systematisch mee te nemen in de consultvoering. Dit sluit aan bij het streven naar integrale en persoonsgerichte zorg, waarin niet alleen farmacologische behandelingen maar ook leefstijlfactoren structureel worden meegenomen. De handreiking Teachable moments van de Coalitie Leefstijl in de Zorg (2025) kan zorgverleners ondersteunen bij het vinden van het juiste moment om leefstijl te bespreken in de spreekkamer.

Deze ontwikkeling sluit aan bij het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin is afgesproken dat leefstijl een integraal onderdeel is van zorg ([Integraal Zorgakkoord \(IZA\)](#)) en [Coalitie Leefstijl in de Zorg](#)). Ook de Amerikaanse richtlijn voor psoriasis benadrukt uitgebreid het belang van leefstijl en de rol die de zorgverlener hierin zou moeten spelen (Elmets, 2019).

Leefstijlfactoren

Steeds meer onderzoek suggereert dat leefstijlinterventies bij verschillende chronische aandoeningen kunnen bijdragen aan verbetering van gezondheidsuitkomsten. Onderzoek naar leefstijl is complex, aangezien leefstijl multifactorieel is. Het uitvoeren en analyseren van dit type onderzoek vergt een andere aanpak dan analyseren van 'vergelijkend' onderzoek met geneesmiddelen.

Voor patiënten met psoriasis is tot op heden slechts beperkt onderzoek beschikbaar. Hoewel alles wijst op positieve effecten is het bewijs tot op heden beperkt en zijn onderzoeken van lage kwaliteit, zoals blijkt uit onze literatuurstudie. In veel onderzoeken werd slechts één leefstijlfactor onderzocht, terwijl leefstijl bestaat uit een complex samenspel van meerdere factoren die elkaar beïnvloeden. De studies uit de literatuurstudie hadden verschillende beperkingen, zoals gering omvang van de studiepopulatie en korte tijdsduur, terwijl het aanpakken van leefstijl juist veel tijd vergt. De recente Cochrane-review van Ko et al. (2019) bevestigt dit beeld: leefstijlinterventies bij psoriasis zijn onderzocht, maar de kwaliteit van het beschikbare bewijs is laag en de interventies variëren sterk in opzet. Naast studies naar afzonderlijke dieetinterventies zijn ook gecombineerde interventies (bijvoorbeeld dieet plus beweging) onderzocht, omdat er een vermoeden is dat een multifactoriële aanpak potentieel meer effect kan hebben dan het focussen op één leefstijlfactor.

Een goed voorbeeld van een studie naar multifactoriële leefstijlaanpak is de recente Nederlandse studie "Plants for Joints" (Walrabenstein, 2023). In deze studie werden meerdere leefstijlfactoren tegelijk aangepakt bij patiënten met inflammatoire gewrichtsaandoeningen zoals reumatoïde artritis en artrose. De resultaten laten zien dat juist de combinatie van interventies, in plaats van de focus op één enkele factor, leidt tot een betekenisvolle verbetering in ziekteactiviteit en kwaliteit van leven. Aangezien er een evidente relatie is tussen psoriasis en artritis psoriatica kunnen deze resultaten mogelijk vertaald worden naar een grotere groep patiënten. De werkgroep pleit ook voor een onderzoek met een vergelijkbare opzet om de invloed van gecombineerde leefstijlinterventie op psoriasis te evalueren.

Comorbiditeiten

Psoriasis is een chronische inflammatoire aandoening die geassocieerd is met een breed scala aan comorbiditeiten, waaronder cardiovasculaire ziekten. Het cardiovasculaire (CV) risico is verhoogd bij patiënten met psoriasis (Liu, 2022; Zhang, 2022); naast de traditionele cardiovasculaire risicofactoren speelt waarschijnlijk ook disregulatie van het immuunsysteem een rol. Psoriasis blijkt zelfs een onafhankelijke risicofactor te zijn voor CV-aandoeningen (Liu, 2022; Gonzalez, 2023). De levensverwachting van patiënten met ernstige psoriasis is gemiddeld 4–5

jaar lager dan die van de gezonde populatie, waarbij cardiovasculaire aandoeningen het grootste aandeel hebben in deze sterfte (Abuabara, 2010). Hoe uitgebreider de psoriasis, hoe groter het risico op CV-problemen of overlijden (Gelfand, 2009; Azfar, 2012; Mehta, 2010).

Naast cardiovasculaire ziekten komen bij patiënten met psoriasis ook andere comorbiditeiten vaker voor, zoals gewrichtsklachten, metabool syndroom, diabetes mellitus type 2, obesitas, niet-alcoholische leververvetting (NAFLD), ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en psychische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen (Korman, 2021; Dauden 2018).

Veel van deze comorbiditeiten worden beïnvloed door leefstijlfactoren zoals voeding, beweging, slaap, stressmanagement, roken en alcoholgebruik. Gezien de grote kans op comorbiditeiten, met name in het spectrum van het metabool syndroom, is het verbeteren van leefstijl ook bij patiënten met psoriasis van belang.

Metabool syndroom en insulineresistentie

Het metabool syndroom komt vaker voor bij patiënten met psoriasis dan in de algemene bevolking. Het syndroom wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van abdominale obesitas in combinatie met ten minste twee van de volgende risicofactoren: verhoogde nuchtere glucosewaarden of diabetes mellitus type 2, hypertensie, hypertriglyceridemie of verlaagd HDL-cholesterol. De prevalentie van het metabool syndroom bij patiënten met psoriasis varieert in de literatuur tussen de 20% en 50%, afhankelijk van leeftijd, ernst van de psoriasis en populatiekenmerken (Armstrong, 2013; Pietrzak, 2018).

Een belangrijk pathofysiologisch mechanisme dat de relatie tussen psoriasis en het metabool syndroom verklaart, is systemische laaggradige inflammatie. Zowel psoriasis als het metabool syndroom worden gekenmerkt door verhoogde circulerende niveaus van pro-inflammatoire cytokines, zoals TNF- α , IL-6 en IL-17, die bijdragen aan insulineresistentie en endotheeldisfunctie (Boegels, 2023; Coimbra, 2022). Daarnaast is bij patiënten met psoriasis vaker sprake van insulineresistentie, zelfs bij afwezigheid van overgewicht of gediagnosticeerde diabetes mellitus. Een verhoogde insulineresistentie kan leiden tot verdere activatie van het immuunsysteem en verergering van de inflammatoire respons, waarmee een vicieuze cirkel ontstaat tussen metabole en dermatologische ziekteactiviteit (Higgins, 2021; Coimbra, 2022).

Het vroegtijdig herkennen en aanpakken van metabole afwijkingen bij patiënten met psoriasis is van belang om het risico op cardiovasculaire complicaties te verlagen, maar mogelijk ook om de ernst van de huidziekte gunstig te beïnvloeden. Leefstijlinterventies gericht op gewichtsreductie, verbetering van insulinegevoeligheid en anti-inflammatoire voeding kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Zie voor verdere informatie de modules [comorbiditeiten bij psoriasis](#) en [screening van de patiënt met psoriasis](#).

Microbioom/chronische laaggradige inflammatie

Bij chronische inflammatoire aandoeningen zoals psoriasis is er sprake van een ontregeling van het immuunsysteem, die waarschijnlijk mede beïnvloed kan worden door leefstijlfactoren. Eén van de centrale mechanismen hierin is mogelijk *systemic chronic inflammation* (SCI), ook wel laaggradige inflammatie genoemd. Deze vorm van chronische, systemische ontsteking verloopt vaak zonder duidelijke klinische symptomen, maar leidt op de lange termijn tot activatie van immuuncellen, verhoogde cytokineproductie en immuundisregulatie (Furman, 2019).

Een bijdrage aan deze laaggradige inflammatie wordt geleverd door verstoringen in het microbioom, met name in de darmen (dysbiose). Bij een verstoorde darmflora kan de immuuntolerantie afnemen, wat leidt tot verhoogde activiteit van T-cellen en productie van pro-inflammatoire cytokines zoals TNF- α , IL-6 en IL-17: cytokines die ook een sleutelrol spelen in psoriasis. Factoren zoals ongezonde voeding, fysieke inactiviteit, slaapproblemen en roken kunnen bijdragen aan deze disbalans in het microbioom en vervolgens mogelijk aan het ontstaan of in stand houden van SCI (Heravi, 2024; Furman 2019).

Psychologische stress is een aanvullende en versterkende factor in dit proces. Stress activeert de hypothalamus-hypofyse-bijnier (HPA)-as en het sympathisch zenuwstelsel, wat leidt tot verhoogde afgifte van cortisol en catecholamines. Deze neuro-endocriene activatie beïnvloedt het immuunsysteem en draagt bij aan de productie van pro-inflammatoire cytokines. Bij aanhoudende stress kan de regulerende functie van cortisol afnemen, waardoor inflammatie onvoldoende wordt geremd (Dhabhar, 2014).

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat chronische stress de samenstelling van het darmmicrobioom negatief beïnvloedt, onder meer door vermindering van microbiële diversiteit en toename van darmpermeabiliteit. Hierdoor kunnen immuunactiverende stoffen gemakkelijker het lichaam binnendringen, wat bijdraagt aan de instandhouding van laaggradige ontsteking.

De mechanistische samenhang tussen leefstijlfactoren, laaggradige inflammatie en chronische ziekte-uitkomsten wordt helder weergegeven in de publicatie van Furman et al. (*Nature Medicine*, 2019). Deze illustratie laat zien hoe leefstijlfactoren zoals stress, slechte voeding, obesitas, inactiviteit, slaapttekort en dysbiose samen bijdragen aan SCI en de ontwikkeling van aandoeningen zoals auto-immuunziekten, waaronder psoriasis.

Praktische implicaties voor de consultvoering

Gezien het brede spectrum aan comorbiditeiten en de duidelijke rol van leefstijlfactoren bij psoriasis, verdient leefstijl aandacht in de consultvoering.

Hulpmiddelen zoals het [leefstijlroer](#) en de [gesprekskaart psoriasis & leefstijl](#) kunnen hierbij op een laagdrempelige en praktische manier in de spreekkamer worden ingezet, waarmee op gestructureerde wijze aandacht kan worden besteed aan onder andere voeding, beweging, slaap, ontspanning, middelengebruik en zingeving (Arts en leefstijl, z.d.; Psoriasis patiënten Nederland, z.d.). Voor zorgverleners die hiermee willen starten, is het volgen van een korte scholing over het leefstijlgesprek aan te bevelen, evenals het in kaart brengen van verwijsmogelijkheden binnen het eigen netwerk. Leefstijlverandering hoeft daarbij niet in grote stappen te gebeuren: ook kleine, haalbare aanpassingen kunnen al een merkbaar effect hebben op gezondheid en welbevinden. Het is belangrijk samen met de patiënt te verkennen welke gedragsveranderingen haalbaar en relevant zijn, en te erkennen dat niet alle aspecten van leefstijl altijd tegelijk of direct aan te passen zijn.

Referenties

- Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. *Br J Dermatol*. 2010;163(3):586-92.
- Armstrong AW, Harskamp CT, Armstrong EJ. The association between psoriasis and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Am Acad Dermatol*. 2013;68(4):654–662
- Arts en Leefstijl. Leefstijlroer: handvatten om de juiste koers te bepalen. Z.d. Leefstijlroer | Vereniging Arts en Leefstijl
- Azfar RS, Seminara NM, Shin DB, Troxel AB, Margolis DJ, Gelfand JM. Increased risk of diabetes mellitus and likelihood of receiving diabetes mellitus treatment in patients with psoriasis. *Arch Dermatol*. 2012;148(9):995-1000.
- Boegels MEAM et al. Association between metabolic syndrome components and psoriasis: a cross-sectional study in the general population. *Br J Dermatol*. 2023;188(4):e133–e135
- Chen Y, Lyga J. Brain–skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2022;21(1):1–8
- Coalitie Leefstijl in de Zorg. (2025, juni). *Teachable moment medicatieverandering: Handreiking met praktische adviezen en voorbeelden om leefstijlverandering te stimuleren bij medicatieverandering* (update juni 2025). Leefstijlcoalitie.nl. <https://leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2025/07/Teachable-moment-medicatieverandering-update-juni.pdf>
- Coimbra S et al. Interplay between adipokines, psoriasis, insulin resistance and cardiovascular risk. *Arch Dermatol Res*. 2022;314(1):1–9
- Dauden E. Position statement for the management of comorbidities in psoriasis. *JEADV* 2018;32:2058-2073.
- Dhabhar FS. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunol Res*. 2014;58(2-3):193–210.

- Elmetts, Craig A. et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 80, Issue 4, 1073 – 1113
- Furman D, Campisi J, Verdin E, Carrera-Bastos P, Targ S, Franceschi C, Ferrucci L, Gilroy DW, Fasano A, Miller GW, Miller AH, Mantovani A, Weyand CM, Barzilai N, Goronzy JJ, Rando TA, Effros RB, Lucia A, Kleinstreuer N, Slavich GM. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat Med*. 2019 Dec;25(12):1822-1832. doi: 10.1038/s41591-019-0675-0. Epub 2019 Dec 5. PMID: 31806905; PMCID: PMC7147972.
- Keenan EL, Granstein RD. Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety. *Acta Physiol (Oxf)*. 2025 Mar;241(3):e70019. doi: 10.1111/apha.70019. PMID: 39960105.
- Gelfand JM, Dommasch ED, Shin DB, Azfar RS, Kurd SK, Wang X, Troxel AB. The risk of stroke in patients with psoriasis. *J Invest Dermatol*. 2009;129(10):2411-8.
- Gonzalez-Cantero A, Boehncke WH, De Sutter J, Zamorano JL, Lambert J, Puig L. Statins and psoriasis: Position statement by the Psoriasis Task Force of the European Academy of Dermatology and Venerology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(9):1697-705.
- Higgins E. Psoriasis and comorbidities: Implications for treatment and management. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(3):398–402.
- Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: What is the evidence? *Br J Dermatol*. 2019 Jun 21. <https://academic.oup.com/bjd/article/182/4/840/6747387?login=false> en Gisondi P et al. *Front Pharmacol*. 2020).
- Liu L, Cui S, Liu M, Huo X, Zhang G, Wang N. Psoriasis Increased the Risk of Adverse Cardiovascular Outcomes: A New Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Study. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:829709.
- Mehta NN, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Patients with severe psoriasis are at increased risk of cardiovascular mortality: cohort study using the General Practice Research Database. *Eur Heart J*. 2010;31(8):1000-
- Pietrzak A et al. Psoriasis and metabolic syndrome in women. *Postepy Dermatol Alergol*. 2018;35(4):409–417.
- Sadeghpour Heravi, F. Gut Microbiota and Autoimmune Diseases: Mechanisms, Treatment, Challenges, and Future Recommendations. *Curr Clin Micro Rpt* 11, 18–33 (2024).
- W. Walrabenstein, C.A. Wagenaar, M. van der Leeden, F. Turkstra, J.W.R. Twisk, M. Boers, H. van Middendorp, P.J.M. Weijs, D. van Schaardenburg, A multidisciplinary lifestyle program for rheumatoid arthritis: the 'Plants for Joints' randomized controlled trial, *Rheumatology*, Volume 62, Issue 8, August 2023, Pages 2683–2691.
- Zhang L, Wang Y, Qiu L, Wu J. Psoriasis and cardiovascular disease risk in European and East Asian populations: evidence from meta-analysis and Mendelian randomization analysis. *BMC Med*. 2022;20(1):421.