

Choisir le meilleur traitement pour retrouver une bonne qualité de vie.



# LE PSORIASIS, Ouelle est cette maladie?

Le psoriasis est une maladie courante, qui affecte jusqu'à 4% de la population. Il débute le plus souvent dans la vingtaine mais peut débuter à tout âge. Les plaques de psoriasis sont causées par un dérèglement du système immunitaire: il stimule constamment la prolifération de la peau, comme s'il voulait la réparer, alors qu'elle n'est pas endommagée. La conséquence est la formation de plaques rouges et épaisses, avec d'abondantes peaux mortes. Le dérèglement du système immunitaire altère la peau mais peut aussi affecter les tendons et les articulations. Le tiers des personnes atteintes de psoriasis auront une arthrite associée. Chez la personne atteinte de psoriasis, le risque de diabète, d'obésité, d'élévation du cholestérol, d'hypertension, de dépression serait plus élevé.

Il existe différents types de psoriasis. Ce document s'adresse à la forme la plus courante, le psoriasis en plaques.

Le psoriasis en plaques évolue lentement. Il débute souvent au cuir chevelu, aux coudes, aux genoux. Il peut demeurer stable ou s'étendre. Il cause souvent des démangeaisons et de l'inconfort. L'apparence des lésions affecte la qualité de vie: les plaques visibles poussent l'entourage à poser des questions inappropriées, voire blessantes. Est-ce contagieux? Est-ce propre, hygiénique? Ces questions démontrent la profonde méconnaissance de cette maladie. Vous savez que la maladie n'est pas contagieuse, qu'elle n'a pas de lien avec l'hygiène mais les questions incessantes et les regards dédaigneux deviennent harcelants. Ceci amène souvent une perte d'estime de soi, un retrait des activités sociales, une restriction des choix vestimentaires, des choix de loisirs, et plus encore.

# Quels sont les traitements disponibles?

Différents traitements du psoriasis sont disponibles; le choix du traitement dépend largement de la sévérité de la maladie.

# Crèmes, gels, lotions, solutions, mousses, onguents à base de :

- Stéroïdes topiques (les produits avec cortisone)
- Goudrons (Targel, Liquor Carbonis Detergens, Derm Oil)
- Dérivés de vitamine A (Tazorac)
- Dérivés de vitamine D (Dovonex, Silkis)
- Immunomodulateurs topiques : Tacrolimus (Protopic), Pimécrolimus (Elidel)
- Produits combinés (Dovobet = dérivé de vitamine A + stéroïde)
   (Diprosalic = acide salicylique + stéroïde)

# Photothérapie (traitement par les rayons ultraviolets)

- Rayons Ultraviolets B (UVB et Narrow Band-UVB)
- PUVA (Psoralène oral ou topique suivi d'une exposition contrôlée aux rayons UVA)

#### Traitements «traditionnels» par voie orale

- Acitrétine (Soriatane)
- Méthotrexate (peut aussi être prescrit par injection)
- Ciclosporine (Neoral)

## Traitements « avancés », par voie orale

Apremilast (Otezla)

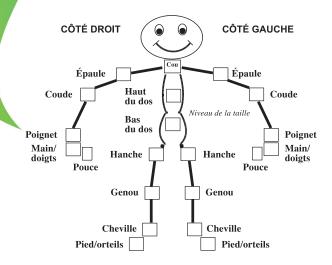
## Traitements biologiques (biothérapies)

- Infliximab (Remicade): perfusions intra-veineuses
- Etanercept (Enbrel): injections sous-cutanées
- Adalimumab (Humira): injections sous-cutanées
- Certolizumab (Cimzia): injections sous-cutanées
- Secukinumab (Cosentyx): injections sous-cutanées
- Ixekizumab (Taltz): injections sous-cutanées
- Brodalumab (Siliq): injections sous-cutanées
- Ustekinumab (Stelara): injections sous-cutanées
   Guselkumab (Tremfya): injections sous-cutanées
- Risankizumab (Skyrizi): injections sous-cutanées

## Questionnaire de dépistage de l'arthrite psoriasique

Avez-vous déjà eu une ou des articulations enflées?	□ Oui	□ Non			
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'arthrite?	□ Oui	□ Non			
Vos ongles des doigts ou des orteils ont-ils des trous ou des creux?	□ Oui	□ Non			
Avez-vous déjà eu des douleurs aux tendons d'Achille?	□ Oui	□ Non			
Avez-vous déjà eu un doigt ou un orteil qui était complètement enflé ou douloureux sans aucune raison apparente?					

Sur le dessin ci-bas, cochez la ou les articulations qui vous ont causé de l'inconfort (i.e. raideurs, gonflement ou douleurs articulaires)



# Photothérapie

La photothérapie utilisant une bande étroite des UVB (UVB à bande étroite, NB-UVB) est un traitement très souvent efficace pour le psoriasis. Il requiert en général trois visites par semaine dans un centre de photothérapie (à l'hôpital ou dans quelques centres de dermatologie). Le nombre de traitements nécessaires pour obtenir des résultats satisfaisants varie selon les personnes. Lorsque le contrôle du psoriasis est obtenu, un traitement de maintien est souvent requis. Les risques de ce traitement sont les mêmes que ceux reliés à l'exposition au soleil, quoiqu'à un degré beaucoup plus faible.

Le PUVA (Psoralène + UVA), est la prise orale d'un psoralène (photosensibilisant) suivie d'exposition aux rayons UVA. Le traitement est très efficace. Il est cependant très rarement utilisé en raison du risque de développer des cancers cutanés, surtout si le nombre de traitements excède 200 expositions. L'utilisation du PUVA est maintenant faite presqu'exclusivement par application sur la peau de psoralènes sur de petites surfaces (mains et pieds par exemple). La PUVAthérapie topique n'est disponible qu'à quelques centres.

#### Traitements « traditionnels » par voie orale

#### Acitrétine (Soriatane)

L'acitrétine est un dérivé de la vitamine A. Elle est prescrite en comprimés (co. de 10 mg et de 25 mg). Elle a une efficacité moyenne contre le psoriasis, quoique certains auront d'excellents résultats. Les effets secondaires, sont rares à faible dose. Ils peuvent être désagréables lorsque la dose doit être augmentée : lèvres sèches, intérieur du nez sec, fatigue, et autres. De plus, le cholestérol et les triglycérides (le gras dans le sang) peuvent augmenter et doivent être surveillés par des prises de sang. Rarement, les enzymes du foie peuvent aussi augmenter. L'acitrétine est formellement contre-indiquée chez les femmes en âge de procréer sans l'emploi de méthodes contraceptives hautement efficaces; l'acitrétine est tératogène.

#### Méthotrexate

Le méthotrexate est un anti-inflammatoire utilisé depuis des décennies (approuvé en 1972 par le FDA) pour traiter le psoriasis et l'arthrite. Il est efficace dans environ 40 % des cas de psoriasis. Il est prescrit en comprimés ou en injection sous-cutanée à raison d'une seule journée par semaine. Les résultats sont généralement manifestes après 8 semaines de traitement et ils sont dépendants de la dose. La dose utilisée dans le traitement du psoriasis varie de 10 à 25 mg par semaine. Les effets secondaires varient d'une personne à l'autre. Les risques d'effets adverses sont plus élevés chez la personne obèse ou diabétique et surtout chez ceux qui consomment régulièrement de l'alcool (bière, vin, alcools). Les effets secondaires possibles à court terme incluent des changements dans les résultats de la formule sanguine, ou des symptômes digestifs (nausées, maux d'estomac). Les effets secondaires découlant d'une utilisation prolongée incluent le développement de dommages au foie mais ceci ne survient quasi uniquement que chez les personnes consommant de l'alcool sur base régulière. Un supplément en acide folique (vitamine B9) est très fortement recommandé pour réduire les effets adverses. Des prises de sang régulières sont essentielles pour un suivi adéquat. Le méthotrexate est contre-indiqué lorsqu'une grossesse est considérée.

#### Ciclosporine (Néoral)

La ciclosporine est très efficace pour le traitement du psoriasis. Plus de 70 % des personnes auront une excellente réponse. Elle est prescrite selon le poids corporel: de 2,5 mg à 5 mg par kilogramme de poids, réparties en deux doses par jour (aux 12 heures). La réponse est rapide: le psoriasis diminue en moins de 8 semaines. L'effet secondaire le plus courant à court terme est une augmentation de la pression artérielle: elle doit être surveillée de près (à chaque semaine). Une élévation des lipides (gras dans le sang) est aussi à surveiller. D'autres effets secondaires, rares, et le plus souvent passagers, sont des maux de tête et des crampes musculaires. Sur le long terme (plus de 2 ans d'utilisation continue) ce médicament peut causer une insuffisance rénale. Des prises de sang régulières

sont essentielles pour vérifier la fonction rénale (créatinine à vérifier aux 2 mois). La ciclosporine n'est prescrite que pour moins de 2 ans, à moins de situations particulières. Les effets secondaires varient selon la dose et la durée du traitement: plus la dose est élevée et plus longue est la période d'usage, plus il y a de risques.

## Traitements « avancés », par voie orale

#### Apremilast (Otezla)

L'apremilast (Otezla) est disponible depuis 2014. L'Otezla est administré en comprimés oraux. Environ le tiers des patients souffrant de psoriasis aura une réponse satisfaisante à la dose de 30 mg deux fois par jour. La dose devra être réduite chez les personnes ayant une insuffisance rénale. Les effets secondaires les plus fréquents sont des nausées passagères et une légère diarrhée dans les premières semaines. Des maux de tête passagers sont également possibles. Une perte de poids peut survenir lors du traitement à long terme. À noter que la majorité des personnes traitées n'auront aucun effet adverse. Ce médicament est toutefois dispendieux et n'est pas automatiquement couvert par les assurances médicament. Des critères doivent être rencontrés. Comme pour plusieurs médicaments, des interactions sont possibles avec des produits 'naturels'. Exemple : le millepertuis (St John's wort).

## Traitements biologiques (biothérapies)

L'arrivée des biothérapies au début des années 2000 fut une révolution dans le traitement du psoriasis et de l'arthrite psoriasique. Les biothérapies sont des traitements ciblés, d'une efficacité souvent remarquable et ne posant qu'un risque minime lorsque bien utilisés.

Il y a 2 grandes classes de biothérapies contre le psoriasis: les inhibiteurs du TNF et les inhibiteurs d'interleukines. Les inhibiteurs du TNF sont: etanercept, adalimumab, infliximab et certolizumab (et golimumab pour l'arthrite psoriasique). Les inhibiteurs d'interleukines sont: ustekinumab (inhibiteur des interleukines 12 et 23), secukinumab, ixekizumab et brodalumab (inhibiteurs de l'interleukine 17), guselkumab et risankizumab (inhibiteurs de l'interleukine 23).

Les biothérapies coûtent toutefois beaucoup plus cher que les traitements traditionnels (photothérapie, méthotrexate, ciclosporine, acitrétine). Les frais sont couverts par les toutes les assurances médicament, incluant la RAMQ, **mais sous certaines conditions seulement**: la maladie doit être de gravité significative, avoir un impact important sur la qualité de vie, et ne pas répondre adéquatement ou avoir des contre-indications aux traitements traditionnels.

La gravité de la maladie est mesurée par le spécialiste avec des évaluations précises et l'impact de la maladie est estimé par un questionnaire, le DLQI. Le DLQI est joint à ce document (à l'endos de la page de couverture).

#### Agents biologiques:

#### PRODUIT ADMINISTRÉ PAR VOIE INTRAVEINEUSE

Ce type de médicament est administré par une infirmière dans un centre de perfusion.

En plus de surveiller vos signes vitaux (température, tension artérielle, fréquence cardiaque), l'infirmière prendra des renseignements sur votre état de santé et s'assurera qu'il n'y a pas de contre-indications à recevoir votre traitement.

Un seul médicament est disponible pour le traitement du psoriasis par voie intraveineuse : Remicade

#### Remicade 5 mg/kg – un anti-TNF



Fréquence: Une perfusion au début du traitement puis aux semaines 2 et 6. Par la suite, le traitement est administré aux huit semaines. Votre médecin pourra ajuster la fréquence si le contrôle du psoriasis est jugé insuffisant.

**Durée:** La perfusion dure au moins deux heures (possibilité de la recevoir en 60 minutes à certaines conditions)

Médicaments par injection sous-cutanée (seringue pré-remplie ou auto-injecteur)

#### Enbrel 50 mg - anti-TNF



**Présentation:** stylo auto-injecteur (Sure-Click) ou seringue pré-remplie.

Fréquence: Une injection de 50 mg deux fois par semaine durant 12 semaines. Par la suite: une injection par semaine ou deux fois par semaine, selon vos résultats.

#### Humira 40 mg – anti-TNF



**Présentation:** stylo auto-injecteur (Pen) ou seringue pré-remplie.

Fréquence: Deux injections au début (jour 1) puis une injection une semaine plus tard, puis une injection aux deux semaines par la suite.

## Cimzia 200 mg – *anti-TNF*



**Présentation:** stylo auto-injecteur (Pen) ou seringue pré-remplie.

**Fréquence :** Deux injections (2 x 200 mg) au début (jour 1) puis aux deux semaines par la suite.

#### Cosentyx 150 mg – anti-interleukine 17A



**Présentation:** Stylo auto-injecteur ou seringue préremplie. 150 mg par seringue et par auto-injecteur.

**Fréquence:** Deux injections de 150 mg aux Semaines 0, 1, 2, 3 et 4 puis deux injections de 150 mg à chaque mois.

## Taltz 80 mg - anti-interleukine 17A



**Présentation:** Stylo auto-injecteur ou seringue préremplie. 80 mg par seringue et par auto-injecteur.

Fréquence: Deux injections de 80 mg à Semaine 0 puis une injection de 80 mg aux Semaines 2, 4, 6, 8,10 et 12 puis une injection aux 4 semaines.

# Siliq 210 mg – bloqueur du récepteur des interleukines 17A, C, E, F



Présentation: Seringue pré-remplie.

Fréquence: Une injection aux semaines 0, 1 et 2 puis aux deux semaines.

#### Stelara 45 mg ou 90 mg – anti-interleukines 12 et 23



Présentation: Seringue pré-remplie de 45 ou 90 mg. Fréquence: Une injection au début (jour 1), une autre à la semaine 4, puis aux 12 semaines. La fréquence peut être ajustée par la suite.

## Tremfya 100 mg - anti-interleukine 23



Présentation: Seringue pré-remplie ou auto-injecteur. Fréquence: Une injection au début (jour 1), puis à la semaine 4, puis aux 8 semaines.

# Skyrizi 150 mg – anti-interleukine 23



**Présentation:** Seringue pré-remplie.

Fréquence: Une injection au début (jour 1), puis à la semaine 4, puis aux 12 semaines.

# Avant de débuter un traitement avec un agent biologique (et avec d'autres traitements traditionnels) certaines précautions sont de mise.

- S'assurer de l'absence d'une tuberculose dormante. Le médecin vous posera des questions et vous demandera de subir une radiographie pulmonaire ainsi qu'un test de dépistage de la tuberculose. Il pourra s'agir d'un prélèvement sanguin, effectué dans des centres spécialisés (test: Quantiferon) ou d'un test cutané, le PPD (effectué dans les CLSC, les hôpitaux et certaines cliniques).
- 2. S'assurer que votre carnet de vaccination est à jour, surtout pour les vaccins à base d'agents infectieux vivants atténués. Chez l'adulte on pense surtout au vaccin contre le zona (Zostavax) et contre la fièvre jaune (requis si vous prévoyez voyager dans certaines régions d'Afrique ou d'Amérique latine). Une vaccination avec un vaccin vivant atténué est généralement contre-indiquée lors d'un traitement avec une biothérapie. La mise à jour du carnet de vaccination est particulièrement importante pour les enfants.

Notez que les vaccins tués (vaccin en injection contre la grippe, le tétanos, le pneumocoque, l'hépatite A et B, l'haemophilus influenza et le vaccin tué contre le zona (shingrix)) peuvent être donnés en tout temps. Il est cependant préférable de recevoir toutes les vaccinations avant de débuter une biothérapie.

- 3. Vous devez informer votre médecin à propos de toute chirurgie prévue afin de discuter des avantages et des risques reliés aux biothérapies lors de chirurgies.
- 4. Les biothérapies dirigées contre le TNF ne devraient pas être prescrites (ou prescrites avec grande vigilance) s'il y a une histoire personnelle ou familiale (père, mère, frère, soeur) de symptômes ou de signes suggestifs d'une sclérose en plaques. Cette mise en garde est spécifique aux anti-TNF (Remicade, Enbrel, Humira, Cimzia, Simponi). Elle ne s'applique pas aux autres biothérapies (Stelara, Cosentyx, Taltz, Siliq, Tremfya, Skyrizi) ni aux traitements traditionnels.
- 5. L'insuffisance cardiaque sévère est une contre-indication aux anti-TNF (Remicade, Enbrel, Humira, Cimzia, Simponi)
- 6. D'autres contre-indications doivent être discutées avec votre médecin. Elles sont principalement: histoire de lymphome, de mélanome, d'infections graves ou chroniques, d'hépatite B.

# Autres informations à connaître au sujet des agents biologiques

Les traitements biologiques peuvent affecter votre réponse immunitaire. Ceci est vrai pour presque tous les traitements systémiques. Il peut y avoir un risque accru d'infections, quoique ce risque soit faible. En revanche, lorsque des symptômes d'infection significative surviennent (fièvre, malaises généraux), il faut arrêter le traitement. Ne le prendre à nouveau qu'après la disparition de l'infection. Notez que les avantages du traitement surpassent largement les risques et que les infections sont rares, et traitables avec les antibiotiques courants. Il est important que vous remettiez à votre médecin une liste à jour de tous les médicaments que vous prenez, incluant les suppléments, les produits «naturels» et celle des traitements pour votre psoriasis. La liste suivante contient les événements importants qui pourraient survenir alors que vous recevez une biothérapie. Prenez note de la conduite à suivre suggérée:

Événement	Mesure à prendre			
Fièvre Infection grave (pneumonie, infection de plaie, autres) Traitement avec antibiotiques	Arrêtez temporairement le traitement. Consultez votre médecin sans tarder. Consultez à l'urgence			
Intervention chirurgicale Désir de grossesse Voyage prévu en région endémique pour la tuberculose	Consultez votre médecin			

# Responsabilités du patient recevant un traitement oral ou par injections

# En optant pour un traitement systémique, vous avez des responsabilités, dont :

- avoir une liste à jour des médicaments et produits « naturels » que vous prenez
- prendre votre médicament tel que prescrit
- subir des tests sanguins de contrôle selon le calendrier prévu par votre médecin
- conserver le médicament selon les directives et le garder hors de la portée des enfants
- vérifier la date de renouvellement de votre médicament
- vous assurer d'une date de suivi (rendez-vous) avec votre médecin.
   Les prescriptions ne sont pas renouvelées automatiquement. Un suivi est essentiel. Dans plusieurs centres, la prise de rendez-vous doit être faite au moins 6 mois à l'avance. Un renouvellement de prescription n'est pas classé comme une urgence.

#### DLQI. QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE – DERMATOLOGIE

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'impact de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DE LA DERNIERE SEMAINE. Veuillez cocher  $\checkmark$  une case par question. 10 questions.

1.	Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle été douloureuse, vous a-t-elle fait mal, démangé(e), ou brûlé(e) ?
	☐ Énormément ☐ Beaucoup ☐ Un peu ☐ Pas du tout
2.	Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre peau ?
	☐ Énormément ☐ Beaucoup ☐ Un peu ☐ Pas du tout
3.	Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle limité(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner?  □ Énormément □ Beaucoup □ Un peu □ Pas du tout □ Non applicable
4.	Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez?
	☐ Énormément ☐ Beaucoup ☐ Un peu ☐ Pas du tout ☐ Non applicable
5.	Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle affecté vos activités sociales ou vos loisirs?
	$\Box$ Énormément $\ \Box$ Beaucoup $\ \Box$ Un peu $\ \Box$ Pas du tout $\ \Box$ Non applicable
6.	Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu de la difficulté à faire du sport à cause de votre peau?
	$\Box$ Énormément $\ \Box$ Beaucoup $\ \Box$ Un peu $\ \Box$ Pas du tout $\ \Box$ Non applicable
7.	Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle empêché(e) de travailler ou d'étudier?
	☐ Oui ☐ Non ☐ Non applicable
	Si la réponse est «non» : au cours de la dernière semaine, jusqu'à quel point votre peau a-t-elle été un problème au travail ou dans vos études?
	☐ Beaucoup ☐ Un peu ☐ Pas du tout
8.	Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis(es) proches ou votre famille? $\Box$ Énormément $\Box$ Beaucoup $\Box$ Un peu $\Box$ Pas du tout $\Box$ Non applicable
9.	Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle causé des difficultés sur le plan sexuel ?
	$\Box$ Énormément $\ \Box$ Beaucoup $\ \Box$ Un peu $\ \Box$ Pas du tout $\ \Box$ Non applicable
10.	Au cours de la dernière semaine, comment évaluez-vous les problèmes reliés au traitement que vous utilisez pour votre peau, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison?
	$\Box$ Énormément $\ \Box$ Beaucoup $\ \Box$ Un peu $\ \Box$ Pas du tout $\ \Box$ Non applicable

# **CHECKLIST (BILAN PRÉ-BIOLOGIQUE)**

À COMPLÉTER PAR	R LE MÉDI	ECIN AVE	C LE PATIE	NT. Date:				
Nom:								
Sexe: ☐ Homme	□ Femm	ne	Date de	naissance :				
Âge actuel:	Âge actuel:			Taille:				
Âge de début du pa	soriasis :		Histoire familiale de pso? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu					
Surface du corps a (estimé, en pourcer		nt tout trai	tement	%				
PASI avant tout train	tement (si	connu):	PASI actuel:					
Psoriasis à surface  ☐ Visage ☐ Mai			Génital/inte	rfessier				
Psoriasis des ongle	s: 🗆 Au	utres:						
Traitements antérieurs:	OUI	NON		Si non, pourquoi:				
Photothérapie:								
Méthotrexate								
Acitrétine								
Ciclosporine	Ciclosporine $\Box$			1				
<b>Histoire médicale</b> antécédents de car		ection chro	nique (TB,	VIH, autres)				
Vérifié: □ <b>OUI</b>	Ou comn	nenter : _						
Fait:		0 0	· · · · ·	examen cutané				
Contre-indications éventuelles		Vérifié : OUI	Notes:					
Insuffisance cardiaque								
Sclérose en plaques, névrite optique								
Cancer								
Infections chroniqu	es							
Femmes: désir de grossesse	?							
Maladie inflammate intestinale	oire							

Tests			<i>Vérifié :</i> OUI		Notes:			
PPD ou Quantiferon								
Radiographie des poumons								
FSC								
Sérologies hépatite B+C								
Créatinine								
ALT, Bilirubine	ALT, Bilirubine VIH (si indiqué)							
VIH (si indiqué)								
Bilan pour comorbidi	tés (s	anté	gén	érale	e): au besc	in		
Suggéré :	0	UI	NO	ON	Notes:			
Bilan lipidique								
Glycémie à jeun								
MÉDICATIONS CONCO POUR LE PSORIASIS (	)U L'A		RITE	PSO On	RIASIQUE			
Méthotrexate?	_	UI ¬		JN ¬	Dose:			
Autres?	<u> </u>	<u>-</u> 1	_	 7	Spécifie	r·		
AUTRES MÉDICATION  OPTIONNEL	S COI	NCON	/IITAN	NTES	:			
Vaccinations particul	ières	(pou	ır po	pulat	ions ciblé	ées)		
							Sug	géré
Vaccin vivant							OUI	NON
Fièvre jaune (voyageurs en pays endémiques)								
Vaccins pouvant être systémique (au besoir								
Vaccins tués S	uggé	ré:	0	UI	NON		Comment	aires
Prevnar et Pneumovax			Г					
Haemophilus Influenzae (Hib)								

Pour les enfants, le carnet de vaccination doit être obligatoirement mis à jour.

Vaccin contre la grippe (Influenza)

Choléra et diarrhée du voyageur

Twinrix (hépatite A+B)

Diphtérie-Tétanos

Shingrix

L'arrivée des agents biologiques est le plus grand progrès thérapeutique des dernières années dans le traitement de nombreuses maladies, dont le psoriasis.

#### Visitez les sites web suivants:

Site web du Dr Yves Poulin:

#### www.crdq.ca

Site web de l'Association canadienne des patients atteints de maladies cutanées:

# www.skinpatientalliance.ca/fr

Site web du Réseau canadien du psoriasis:

#### www.canadianpsoriasisnetwork.com

Site web de l'association des dermatologistes du Québec:

#### www.adq.org

Site web de l'Association Canadienne de Dermatologie :

#### www.dermatologue.ca

Site web « Biothérapies et Innovations en dermatologie »:

#### www.bidermato.com

Note: ce document est un résumé. Il n'inclut pas toutes les possibilités d'effets secondaires, spécifiées dans la monographie de chacun des traitements.

Consultez la monographie de chacun des produits pour des renseignements complets.

#### Document créé par Yves Poulin, MD, dermatologue.

Première édition: 11 novembre 2012.

Deuxième édition (1<sup>ere</sup> mise à jour) : le 13 septembre 2015.

Les dermatologues suivants ont participé activement à la 1ere mise à jour : Drs Marie-Sophie Bédard, Danielle Brassard, Francine Cardinal, Marilyn Caron, Pierre-Luc Dion, Martin Gilbert, Hélène Veillette.

Troisième édition française (2<sup>e</sup> mise à jour) : le 23 janvier 2017.

Quatrième édition française (3e mise à jour): le 4 décembre 2017.

Cinquième édition française (4° mise à jour) : le 21 décembre 2018.

Sixième édition française (5e mise à jour): le 10 août 2019.

La version anglaise de la sixième édition française est disponible sur le site web «www.crdq.ca».

Les D<sup>rs</sup> Ronald Vender, Michele Ramien and Mark Kirchhof ont fait la révision de la version anglaise.

L'impression de cette brochure a été rendue possible grâce à une subvention éducationnelle de Janssen.