

Psoriasis



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



LE PSORIASIS, Quelle 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 débiter 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)

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



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 presque 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 et infliximab (de même que certolizumab et golimumab pour l'arthrite psoriasique). Les inhibiteurs d'interleukines sont : ustekinumab (inhibiteur des interleukines 12 et 23), secukinumab et ixekizumab (inhibiteurs de l'interleukine 17).

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).

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

1. 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 (shringrix)) 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) ni aux traitements traditionnels.
5. L'insuffisance cardiaque sévère est une contre-indication aux anti-TNF (Remicade, Enbrel, Humira).
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.

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)

PRODUITS ADMINISTRÉS PAR INJECTION SOUS-CUTANÉE

Ce type de traitement vous permet de gérer la prise du médicament. La fréquence d'administration varie selon le produit choisi. Selon votre préférence, vous pouvez choisir entre un stylo auto-injecteur (l'aiguille est cachée et en poussant sur un bouton l'injection s'effectue automatiquement) ou une seringue pré-remplie ; les deux sont d'usage très facile. Bien sûr, une infirmière vous donnera la première injection et vous expliquera comment vous administrer vous-même le médicament. Le tout est fort simple. Si vous avez des craintes, vous pouvez demander l'aide d'un membre de votre famille ou d'un proche ou encore choisir de vous faire administrer le médicament par une infirmière.

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

Enbrel 50 mg – un 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 – un 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.

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.

Cosentyx 150 mg – anti-interleukine 17A



Présentation: Stylo auto-injecteur ou seringue pré-remplie. 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 pré-remplie. 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.

Tremfya 100 mg – anti-interleukine 23



Présentation: Seringue pré-remplie.

Fréquence: Une injection au début (jour 1), puis à la semaine 4, puis aux 8 semaines.

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

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 ✓ 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 ?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout Non applicable
6. Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu de la difficulté à faire du sport à cause de votre peau ?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout 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 ?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout Non applicable
 9. Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle causé des difficultés sur le plan sexuel ?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout Non applicable
 10. Au cours de la dernière semaine, comment évaluez-vous les problèmes liés au traitement que vous utilisez pour votre peau, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout Non applicable

CHECKLIST (BILAN PRÉ-BIOLOGIQUE)

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AVEC LE PATIENT. Date : _____

Nom :		
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance :
Âge actuel :	Poids :	Taille :
Âge de début du psoriasis :		Histoire familiale de pso ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Surface du corps atteinte avant tout traitement _____ % (estimé, en pourcentage) :		
PASI avant tout traitement (si connu) : _____		PASI actuel : _____
Psoriasis à surfaces sensibles : <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Génital/interfessier		
Psoriasis des ongles : <input type="checkbox"/> Autres :		

Traitements antérieurs :	OUI	NON	Si non, pourquoi :
Photothérapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Acitrétine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciclosporine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Histoire médicale: antécédents de cancer, d'infection chronique (TB, VIH, autres)
Vérifié : <input type="checkbox"/> OUI Ou commenter : _____

Examen physique dirigé : aires ganglionnaires, examen cutané
Fait : <input type="checkbox"/> OUI Ou commenter : _____

Contre-indications éventuelles	Vérifié : OUI	Notes :
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	
Sclérose en plaques, névrite optique	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	
Infections chroniques	<input type="checkbox"/>	
Femmes: désir de grossesse ?	<input type="checkbox"/>	
Maladie inflammatoire intestinale	<input type="checkbox"/>	

Tests	Vérifié: OUI	Notes :
PPD ou Quantiferon	<input type="checkbox"/>	
Radiographie des poumons	<input type="checkbox"/>	
FSC	<input type="checkbox"/>	
Sérologies hépatite B+C	<input type="checkbox"/>	
Créatinine	<input type="checkbox"/>	
ALT, Bilirubine	<input type="checkbox"/>	
VIH (si indiqué)	<input type="checkbox"/>	

Bilan pour comorbidités (santé générale) : au besoin

Suggéré :	OUI	NON	Notes:
Bilan lipidique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**MÉDICATIONS CONCOMITANTES
POUR LE PSORIASIS OU L'ARTHRITE PSORIASIQUE**

	OUI	NON	
Méthotrexate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dose :
Autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifier :

AUTRES MÉDICATIONS CONCOMITANTES :

OPTIONNEL

Vaccinations particulières (pour populations ciblées)

Vaccins vivants.	Suggéré	
	OUI	NON
Fièvre jaune (voyageurs en pays endémiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zostavax (sujets de 50 ans et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres vaccins pouvant être utiles pour toute personne traitée par voie systémique (au besoin, référer au CLSC pour une mise à jour des vaccins) :

Vaccins tués.	Suggéré	OUI	NON	Commentaires
Prevnar ou Pneumovax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Haemophilus Influenzae (Hib)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vaccin contre la grippe (Influenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Twinrix (hépatite A+B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diphtérie-Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Choléra et diarrhée du voyageur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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 (avec la collaboration de D^{re} Angèle Turcotte, rhumatologue).

Deuxième édition (1^{ère} mise à jour) : le 13 septembre 2015.

Les dermatologues suivants ont participé activement à la 1^{ère} mise à jour : D^{rs} Marie-Sophie Bédard, Danielle Brassard, Francine Cardinal, Marilyn Caron, Pierre-Luc Dion, Martin Gilbert, Hélène Veillette.

Troisième édition française (2^e mise à jour avec ajouts et modifications) : le 23 janvier 2017.

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

La version anglaise de la troisième édition française est disponible sur le site web « www.crdq.ca » (version anglaise datée de décembre 2017).

Les D^{rs} 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.