



Focus psoriasis : mise en pratique

Dispensation officinale d'une prescription de
biothérapie en initiation & de médicaments associés
Conseils associés & Gestion des effets indésirables

Pr Olivier BOURDON,
PU-PH Faculté de Pharmacie Paris Cité,
service de pharmacie, Hôpital Lariboisière, AP-HP, Paris

Cette ordonnance est-elle pour vous ?

Y a-t-il un nouveau médicament ou une modification de posologie d'un traitement habituel ?

Prenez vous d'autres médicaments ?

Comment allez-vous ?

3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...

Parcours de soins :

1^{re} année

2019 – 2020 traitements locaux

DOCTEUR
DERMATOLOGUE
TEL: 01 42 42 42 42

Madame A
21/2020

- CLARELUX crème 1%
Appliquez 1 fois par jour, le soir,
sur la plaque de la jambe,
pendant 2 semaines.

A. Leveau

01/2020
dermocorticoïde IV – 1/J 15J
clobetasol: (CLARELUX®)

DOCTEUR
DERMATOLOGUE

Madame A
08/10/2020

- DERMOVAL crème 1%
Appliquez 1 fois par jour, sur
la plaque de la main
gauche, pendant 10 jours.

- CICAPLAST Crème Natif.
2 à 3 fois par jour, sur les
mains.

10/2020 :
dermocorticoïde IV – 1/J 10J
clobetasol: (DERMOVAL®)

Dr. [Nom]
Dermatologue

Madame A
le 9 DEC 2020

ENSTILAR 50MCG/0,5MG/G MOUS FL60G (Calcipotriol + bétaméthasone)
Appliquer une fois par jour sur la plaque de la main, pendant 3 semaines.

12/2020 :
analogue
vit.D+dermocorticoïde III 21J
calcipotriol+betamethasone:
(ENSTILAR Mousse®)

Dr. [Nom]
Dermatologue
Praticien Attaché à l'Hôpital Ambroise Paré
Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux
Conventionnés Secteur II

Madame A
lobétasol)
pendant 2 semaines
EXCIPIAL REPAIR Crème mains (GALDERMA):
2 à 3 fois par jour sur les mains

01/2021 :
dermocorticoïde IV –
1/J 15J puis 1/J2 pendant 15J
clobetasol: (DERMOVAL®)

• Traitements locaux

- Emollients
- Kératolytiques (urée, acide salicylique, lactique ou glycolique)
- **Dermocorticoïdes**
- **Analogues de la vitamine D3 (Calcipotriol)**



• Photothérapie :

- Puvathérapie
- UVB TL01



• Traitements systémiques conventionnels :

- Rétinoïdes acitrétine (Soriatane®)
- methotrexate (Imeth®, Novatrex®, Nordimet®, Metoject®)
- ciclosporine (Néoral®)
- apremilast (Otezla®)



3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...

Parcours de soins :

1^{re} année

2019 – 2020 traitements locaux

DOCTEUR
DERMATOLOGUE
TEL: 01 42 26 26 26
jip@medecineinternationale.org

Madame A

29/01/2020

- CLARELUX crème 1%
Appliquer 1 fois par jour, le soir,
sur la plaque de la jambe,
pendant 2 semaines.

A. Leveau

01/2020
dermocorticoïde IV – 1/J 15J
clobetasol: (CLARELUX®)

DOCTEUR
DERMATOLOGUE

Madame A

08/10/2020

- DERMOVAL crème 1%
Appliquer 1 fois par jour, sur
la plaque de la main
gauche, pendant 10 jours.

- CICAPLAST Crème Natis:
2 à 3 fois par jour, sur les
mains.

10/2020 :
dermocorticoïde IV – 1/J 10J
clobetasol: (DERMOVAL®)

Dr
Dermatologue

Madame A

le 9 DEC 2020

ENSTILAR 50MG/0,5MG/G MOUS FL60G (Calcipotriol + bétaméthasone)
Appliquer une fois par jour sur la plaque de la main, pendant 3 semaines.

12/2020 :
analogue
vit.D+dermocorticoïde III 21J
calcipotriol+betamethasone:
(ENSTILAR Mousse®)

Dr
Dermatologue

Praticien Attaché à l'Hôpital Ambroise Paré
Ancien Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux
Conventionné Secteur II

Mme G.

Madame A

Appliquer une fois par jour sur les plaques pendant 2 semaines puis un jour sur deux pendant 2 semaines

EXCIPIAL REPAIR Crème mains (GALDERMA) :
2 à 3 fois par jour sur les mains

01/2021 :
dermocorticoïde IV –
1/J 15J puis 1J/2 pendant 15J
clobetasol: (DERMOVAL®)

dermocorticoïdes
analogues de la vit. D
= traitement de référence.

Traitements complémentaires :
- les kératolytiques (en cas de lésions kératosiques)
- les émoullients (en cas de sécheresse cutanée).

galénique du produit adaptée à la localisation et à l'aspect des lésions :



➤ lotion, mousse, gel, shampooing → cuir chevelu,



➤ Pommade, mousse → lésions sèches et kératosiques,



➤ crème → lésions cutanées peu squameuses / plis.



Comment allez vous appliquer
la crème? la mousse?

→ Lever les freins à l'utilisation des dermocorticoïdes :

Peur injustifiée

= source de défaut d'observance

= principal frein au bon usage et à l'efficacité de la corticothérapie locale cutanée

El d'un traitement par DC pratiqué correctement sont extrêmement rares et n'ont rien de superposable avec ceux connus d'une corticothérapie générale

bonne quantité → Présentation de l'unité de mesure « phalangette »

bonne fréquence → 1 fois/jour, 1 jour sur 2, 1 jour sur 3

bonne durée (courte) → Nb de jours/semaines

bon sevrage → arrêt progressif si dermocorticoïde > 1 semaine



ENSTILAR 50MCG/0,5MG/G MOUSSE FL 60G (calcipotriol+betamethasone) :

2 sec = 0,5 g de mousse = surface d'un main d'adulte

Le flacon doit être agité pendant quelques secondes avant utilisation

Ce médicament doit être appliqué par pulvérisation en maintenant le flacon à au moins 3 cm de la peau

La mousse peut être pulvérisée en maintenant le flacon dans n'importe quelle orientation sauf horizontalement

Ce médicament doit être pulvérisé directement sur les lésions de psoriasis puis massé délicatement



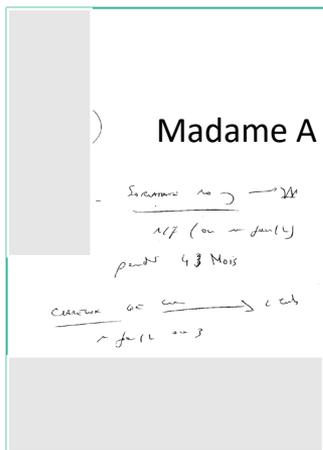
Quelques précautions évitent d'exposer l'entourage aux effets indésirables des médicaments en application cutanée, notamment :

- **se laver les mains à l'eau et au savon après chaque application (sauf si main traitée)**
 - **éviter d'en mettre sur visage, yeux, bouche-**
- **en cas d'application sur le corps, recouvrir la zone d'application avec un vêtement**
- **éviter le contact des zones d'application avec d'autres personnes ou laver soigneusement ces zones avant tout contact**

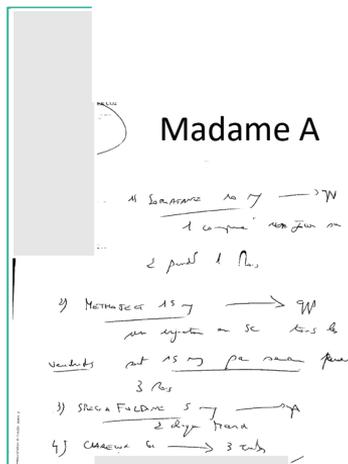
Parcours de soins :

2^e année

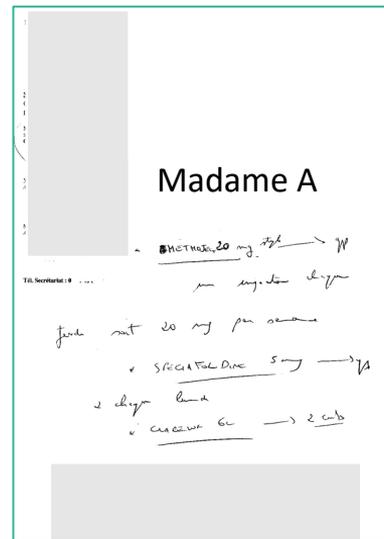
2021 – 2022
Les traitements
systémiques
+ locaux



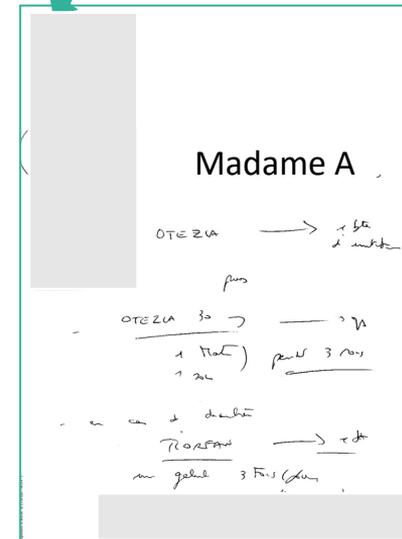
05/2021 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **acitrétine (SORIATANE®)**



09/2021 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **Acitrétine+ MTX (SORIATANE® + METOJECT® 15mg)**



11/2021 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **MTX (METOJECT® 20mg)**



02/2022 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **apremilast (OTEZLA® 30mg) 12**

3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...

2^e année

2021 – 2022
Les traitements
systémiques
(+ locaux)

05/2021 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **acitrétine (SORIATANE)**

oAR pour le psoriasis
Clamart, le 28/05/24

Madame A

Soriatane 25mg → 2x
1/7 (ou 1/2 semaine)
pendant 4-3 Mois

Clamart, le 28/05/24 → 2 ans
à faire 1/2 ou 3

Date de mise à jour : 31/05/2023

SORIATANE 25mg GELULE B/30

PI SPE SUR

En bref Médicament à prescription initiale annuelle réservée aux dermatologues et à surveillance particulière pendant le traitement
Pour les femmes en âge de procréer, la prescription est limitée à 1 mois et un carnet-patient doit être présenté lors de chaque délivrance

Identité Prescription Première délivrance Renouvellement En lien

Prescription réservée à certains médecins spécialistes

- en dermatologie

Surveillance pendant le traitement

Pour les femmes en âge de procréer (voir Programme de Prévention de la Grossesse) :

- la prescription nécessite préalablement le recueil de l'accord de soins et de contraception de la patiente et la remise d'un carnet-patient complété
- la prescription est subordonnée à l'obtention d'un résultat négatif de test de grossesse, qui doit être réalisé tous les mois, dans les 3 jours précédant la prescription ; la date et le résultat du test de grossesse doivent être mentionnés dans le carnet-patient

Durée maximale de prescription

1 mois pour les femmes en âge de procréer et 1 an dans les autres cas

<https://an.sm.sante.fr/uploads/2021/02/05/acitretine-brochurepatient-e-s-v1-2018-12-1.pdf>

CARTE PATIENTE

POUR LA PATIENTE TRAITÉE PAR ACITRÉTINE (SORIATANE®)

Ce document est diffusé par les laboratoires commercialisateurs de SORIATANE® à titre d'information, sans caractère de conseil.



(Mme A, 75 ans)
Plus en âge de procréer...

(sinon contraception 1 mois avant et 3 ans après)

Commencé en avril à 20 mg

2^e année

09/2021 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **Acitrétine (SORIATANE) + METOJECT 15mg**

2021 – 2022
Les traitements
systémiques
(+ locaux)

Madame A

1) SORIATANE 10 mg → 20
1 capsule par jour en
2 points de l'après-midi

2) METOJECT 15 mg → 90
un injectable en sc tous les
vendredis soit 15 mg par semaine pendant
3 mois

3) SPECIA FOLICINE 5 mg → 20
2 dragées par jour

4) CURCUMA 600 mg → 3 tubes

© HAS 2020

Suivi
hépatique ++

Association CI
ANSM 2018

HAS

Médicament ▾ Vaccination ▾ Dispositif ▾ Évaluation économique ▾ Moyens d'information ▾ Agenda

Historique des avis

METOJECT (méthotrexate)

Plaque psoriasis
AVIS SUR LES MÉDICAMENTS - Mis en ligne le 05 mars 2020

TELECHARGER LAVIS

Place du médicament

Dans l'extension d'indication aux formes modérées du psoriasis chez les adultes candidats à un traitement systémique, **METOJECT (méthotrexate), solution injectable en stylo prérempli, est un traitement systémique de 1^{re} intention.**

Que le médecin vous a-t-il dit?

Conseils aux patients : Attention IAM avec le methotrexate



Fiche Professionnels de santé – Méthotrexate – V2 – Avril 2021 ©OMEDIT Bretagne, Normandie et Pays de la Loire		
omedit BRETAGNE NORMANDIE PAYS DE LA LOIRE 1/2		
PRINCIPALES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES 1,3		
Niveau	Médicaments concernés	Nature de l'interaction médicamenteuse
Contre-indication	Vaccin antiamarile	Risque de maladie vaccinale généralisée mortelle
	Probenécide, triméthoprime, acide acétylsalicylique (pour des doses de méthotrexate > 20 mg/semaine)	↗ toxicité hématologique du méthotrexate par diminution de son élimination rénale
Association déconseillée	Acitrétine	Risque de majoration de l' hépatotoxicité du méthotrexate
	Phénytoïne, fosphénytoïne	Risque de survenue de convulsions par ↘ de l'absorption digestive de la phénytoïne ou ↗ toxicité du méthotrexate ou ↘ efficacité du méthotrexate par augmentation de son métabolisme hépatique
	Vaccins vivants atténués (sauf antiamarile)	Risque de maladie vaccinale généralisée éventuellement mortelle. Utiliser un vaccin inactivé lorsqu'il existe.
	AINS (pour des doses de méthotrexate > 20 mg/semaine)	↗ toxicité hématologique du méthotrexate Pour le kétoprofène, respecter un intervalle de 12h entre la prise des 2 médicaments
	1. Pénicillines, Ciprofloxacine 2. Tédizolide	1. ↗ toxicité hématologique du méthotrexate par inhibition de son élimination 2. ↗ absorption du méthotrexate (Tédizolide VO) ou ↘ de son élimination (Tédizolide IV)
Précaution d'emploi	IPP (pour des doses de méthotrexate > 20 mg/semaine)	Risque ↗ toxicité du méthotrexate par diminution de son élimination
	Ciclosporine	↗ toxicité du méthotrexate et de la ciclosporine. Dosage des concentrations sanguines de ciclosporine et de méthotrexate et adaptations posologiques si nécessaire.
A prendre en compte	Phytothérapie, tisanes, huiles essentielles	A évaluer au cas par cas à l'aide des bases de données disponibles (ex : HEDRINE)

AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens ; IPP : Inhibiteurs de pompes à protons

Interactions à évaluer en considérant la liste complète des traitements associés, y compris en automédication
D'autres interactions peuvent exister (liste non exhaustive) - Contactez votre OMEDIT ou votre [CRPV](#) en cas de question

Conseils aux patients : Prudence ++ avec le methotrexate



Afin de limiter les risques de surdosages avec le Methotrexate :
A chaque prescription/renouvellement ou dispensation :



- S'assurer que les patients ont bien compris que le médicament doit être pris uniquement **une fois par semaine**
- Lors de la dispensation, **décider en concertation avec les patients du jour de la semaine** où le médicament doit être pris et demandez-lui de l'écrire sur sa carte patient (ici vendredi puis jeudi)
- Informer des **risques de surdosage en cas de prise parallèle d'autres traitement** si dose MTX > 20mg/semaine (AINS, IPP), pas le cas de cette patiente
- Informer des **signes de surdosage** et de contacter rapidement un médecin en cas de suspicion de surdosage (ecchymoses, saignements inexplicés, fatigue inhabituelle, fièvre, plaies ou inflammation de la bouche, nausées, vomissements, diarrhées sévères, selles foncées ou sang dans les selles...)
- Vigilance +++ si patients âgés et/ou présentant des troubles cognitifs du fait du risque **le plus important de confusion** (informer les aidants)



Conseils aux patients : Methotrexate... et l'acide folique?



Supplémentation en acide folique ou folinique (à une dose ≥ 5 mg/semaine) :

→ recommandée lors d'un traitement par méthotrexate (même à faible dose).

→ pourrait réduire la toxicité du méthotrexate telle que les symptômes gastrointestinaux, une stomatite, une alopécie, et une augmentation des enzymes hépatiques.



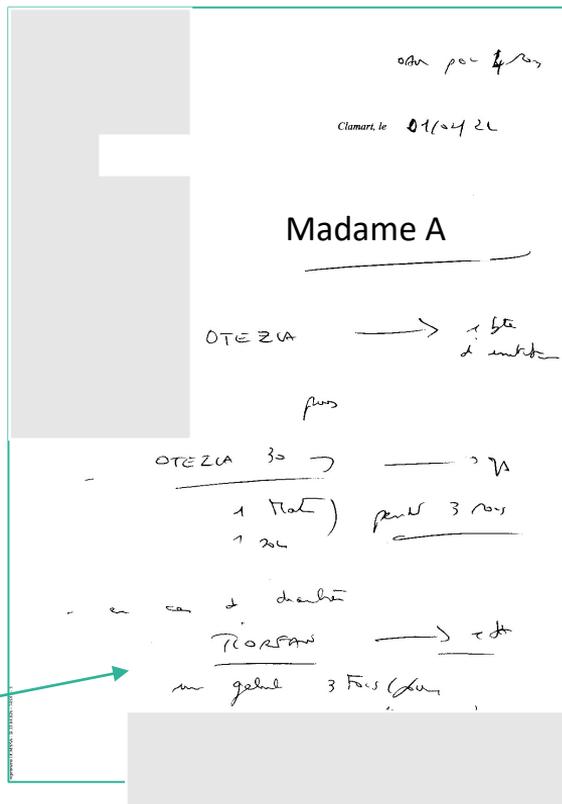
Quel que soit le schéma d'administration de l'acide folique choisi, l'acide folique ne doit pas être pris le jour de l'administration hebdomadaire de méthotrexate (ici pris le lundi)

Avant la supplémentation en acide folique, il est recommandé de **contrôler les taux en vitamine B12, en particulier chez adultes âgés de plus de 50 ans**, puisque l'administration d'acide folique peut masquer une déficience en vitamine B12



2^e année

02/2022 : Traitement général nécessitant un avis spécialisé : **initiation Otezla® (apremilast)**



El fréquents :
diarrhées (15,7 %) et
nausées (13,9 %)

- = inhibiteur de la phosphodi-estérase 4 (PDE4)
- **2nde intention du psoriasis en plaques** chronique modéré à sévère chez les patients adultes en cas d'échec, ou de CI ou d'intolérance aux autres traitements systémiques dont la ciclosporine, le méthotrexate ou la photothérapie UVA + psoralène (PUVA thérapie)
- **famille des « petites molécules »** pris par voie orale et ayant une action au niveau intracellulaire avec modulation de l'inflammation cutanée et articulaire.

Conseils aux patients : Mise en place Otezla

Molécule immunomodulatrice

- Reco du groupe Psoriasis de la SFD : bilan initial comportant
 - les principales sérologies virales (VIH, VHB, VHC) à discuter
 - un dosage de la créatininémie (adaptation posologique en cas d'insuffisance rénale sévère).



Commercialisé sous la forme de comprimés pelliculés à 10, 20 et 30 mg.

→ **Une plaquette d'initiation de traitement** comporte des dosages à 10 et 20 mg (rassemblés dans une même présentation) pour initier le traitement à des doses progressives.

On débute à 10 mg le soir le premier jour puis on augmente de 10 mg par jour pour arriver à partir du jour 6 à la dose de 30 mg matin et soir à maintenir au long cours si la tolérance est bonne.

Le traitement peut être **pris en cours ou en dehors du repas**.

Il peut être pris en association avec du méthotrexate ou d'autres molécules utilisées pour traiter le rhumatisme psoriasique, hors de la classe des biothérapies.

Il n'y a **pas de suivi biologique nécessaire, en l'absence d'évènements cliniques**

Place dans la stratégie ? Si contre indication aux biotherapies?



3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...

Parcours de soins :

3^e année

2022-2023
Initiation
Biothérapie
(+ locaux)

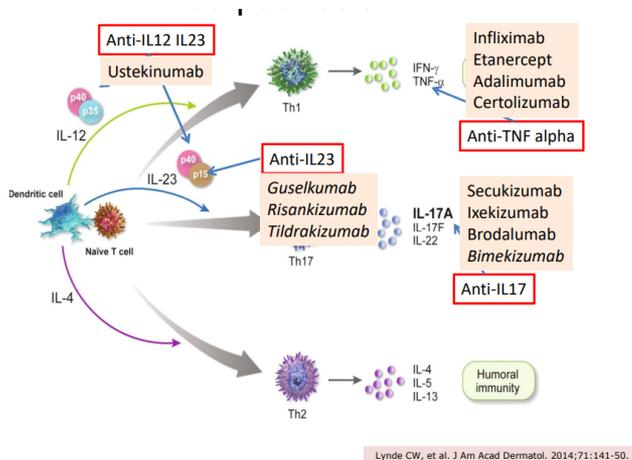
Initiation Biothérapie
risankizumab
(SKYRIZI®) 6 mois

Madame A

05/2022 :

Vaccinations
Antipneumococciques
(PREVENAR® + PNEUMOVAX®)

09/2022 :
Renouvellement Biothérapie
Risankizumab
(SKYRIZI®) 12 mois



Classe	Produit	Nom commercial	Biosimilaire
Ant TNF alpha	Etanercept	Enbrel (Pfizer)	Benepali Erelzi, Lifmior
Anti TNF alpha	Infliximab	Remicade (MSD)	Infectra, Flixabi Remsima, Zessly
Anti TNF alpha	Adalimumab	Humira (AbbVie)	Amgevita, Cyltezo Imraldi, Solymbic, Hulio
Anti TNF alpha (pégylé)	Certolizumab	Cimzia (UCB)	
Anti IL12 / IL23	Ustekinumab	Stelara (Janssen)	
Anti IL17	Ixekimumab	Taltz (Lilly)	
Anti IL17	Secukinumab	Cosentyx (Novartis)	
Anti IL17 (anti récepteur A IL17)	Brodalumab	Kyntheum (Leo Pharma)	
Anti IL17 (anti IL 17A / IL17F)	Bimekizumab	Bimzelx (UCB)	
Anti IL23	Guselkumab	Tremfya (Janssen)	
Anti IL23	Risankizumab	Skyrizi (AbbVie)	
Anti IL23	Tildrakizumab	Ilumetri (Sun Pharma)	

3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...

Parcours de soins :

3^e année

2022-2023
Initiation
Biothérapie
(+ locaux)

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception
 article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa de Code de la sécurité sociale
 article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

personne recevant les soins (de l'âge "soins et prestations" est obligatoirement complétée par le médecin)
 nom et prénom : [redacted]
 numéro d'identification : [redacted]
 date de naissance : [redacted]

adresse : [redacted]

à compléter par le prescripteur
 médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : SKYRIZI 150 mg
 produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :
 s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la voie d'administration :
 s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie :
 3 fois par semaine pendant 6 mois

durée de traitement, le cas échéant : 6 mois

maladie : [redacted] soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 212-1

accident de travail ou maladie professionnelle : [redacted]

date : 23/03/2023

signature du prescripteur : [redacted]

nom et prénom : [redacted]
 adresse : [redacted]
 numéro d'identification : [redacted]

Initiation Biothérapie
risankizumab
(SKYRIZI®) 6 mois

RYOCHURURGIE

Madame A

PREVENAR 13 → 1 fois

et 3 mois plus tard.

PNEUMOVAX 23 → 1 fois

05/2022 :
Vaccinations
Antipneumococciques
(PREVENAR® + PNEUMOVAX®)

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception
 articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa de Code de la sécurité sociale
 article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

personne recevant les soins (de l'âge "soins et prestations" est obligatoirement complétée par le médecin)
 nom et prénom : [redacted]
 numéro d'identification : [redacted]
 date de naissance : [redacted]

adresse : [redacted]

à compléter par le prescripteur
 médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : SKYRIZI 150 mg
 produit ou prestation, indiquer sa désignation précise :
 s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la voie d'administration :
 s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie :
 3 fois par semaine pendant 12 mois

durée de traitement, le cas échéant : 12 mois

maladie : [redacted] soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 212-1

accident de travail ou maladie professionnelle : [redacted]

date : 13/09/2023

signature du prescripteur : [redacted]

nom et prénom : [redacted]
 adresse : [redacted]
 numéro d'identification : [redacted]

09/2022 :
Renouvellement Biothérapie
Risankizumab
(SKYRIZI®) 12 mois

Comment avez vous prévu de faire pour l'injection ?

1

Une infirmière va venir pour la première administration

2

Cette fois ci je vais la faire moi même...

Où

- . sur le dessus de la cuisse gauche
- . sur le dessus de la cuisse droite
- . ventre (abdomen), à au moins 5 cm du nombril

(Pas sur les plaques de psoriasis)

Ne pas agiter

Appuyez le stylo contre le pli du site d'injection et maintenez la pression.

.Le stylo ne s'activera que si le manchon blanc de l'aiguille est appuyé contre le site d'injection avant d'appuyer sur le bouton déclencheur vert

2 clics

Appuyez sur le bouton déclencheur vert et maintenez le stylo pendant 15 secondes.

. Un grand "clic" signalera le début de l'injection

L'injection est terminée lorsque :

- . le stylo a émis un deuxième "clic" ou
- . l'indicateur jaune a rempli la fenêtre de contrôle

Cela peut prendre jusqu'à 15 secondes.

Voulez vous que nous revoyons ensemble les étapes détaillées sur la notice avant votre prochaine injection ?

Savez vous où vous allez
conserver le médicament ?

Sortez la boîte du réfrigérateur et déposez-la à température ambiante, à l'abri de la lumière directe du soleil, 30 minutes avant l'arrivée de l'infirmière

(30-90 minutes)

Ne pas retirer le stylo de la boîte tant que ce médicament n'a pas atteint une température ambiante

Ne pas réchauffer ce médicament par un autre moyen. Par exemple, ne pas le réchauffer au micro-ondes ou dans de l'eau chaude

À conserver au réfrigérateur (2 °C - 8 °C). Ne pas congeler.

Conserver le stylo prérempli dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Le stylo prérempli peut être conservé en dehors du réfrigérateur (jusqu'à un maximum de 25 °C) pendant 24 heures maximum dans l'emballage d'origine, à l'abri de la lumière.

Que voulez-vous savoir d'autre
au sujet de ce médicament ?

Je suis inquiète des effets
indésirables possibles....

Certains en particulier ?

.... des possibles infections

Fréquent

Réaction au point d'injection, développement d'anticorps, maux de tête, infection des voies respiratoires supérieures, Fatigue

Grave

Maladie infectieuse, tuberculose
insuffisances cardiaques congestives, troubles du rythme

■ Profil d'effets indésirables des anti-interleukine 23



Les profils d'effets indésirables du *guselkumab*, du *risankizumab* et du *tildrakizumab* sont moins bien connus que celui de l'*ustékinumab*. Le profil d'effets indésirables des anti-interleukine 23 est principalement constitué de :

- effets indésirables communs aux immunodépresseurs. Les effets indésirables des immunodépresseurs sont liés à leurs effets sur le système immunitaire, et dépendent de l'intensité de l'immunodépression et donc de la dose, du nombre et du type d'immunodépresseurs :
 - diminutions de la résistance aux infections, notamment pulmonaires et urinaires ; infections graves par des bactéries, des mycobactéries (tuberculoses), des pathogènes fongiques, des virus (réactivations virales telles que des zozas, des herpès, hépatites B, leucoencéphalopathies multifocales progressives alias encéphalopathies à virus JC) ou par d'autres pathogènes opportunistes ;
 - diminutions de l'efficacité des vaccins par diminution de réponse en anticorps, et risque d'infection généralisée suite à une vaccination par un vaccin vivant ;
 - augmentations de la fréquence des cancers par diminution des capacités du système immunitaire à éliminer les cellules cancéreuses, notamment des lymphomes ;
 - syndromes inflammatoires de reconstitution immunitaire après arrêt brusque d'immunodépresseurs ;
 - etc.
- troubles cardiovasculaires dont des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux, des thromboses veineuses avec l'*ustékinumab* ; des insuffisances cardiaques congestives et des troubles du rythme cardiaque avec le *risankizumab* ;
- prurits ; psoriasis pustuleux, érythrodermies, desquamations cutanées, acnés avec l'*ustékinumab* ;
- douleurs dorsales, arthralgies, myalgies ;
- céphalées, réactions au site d'injection ;
- diarrhées ;
- etc.

⊖ Et aussi [[masquer](#)]

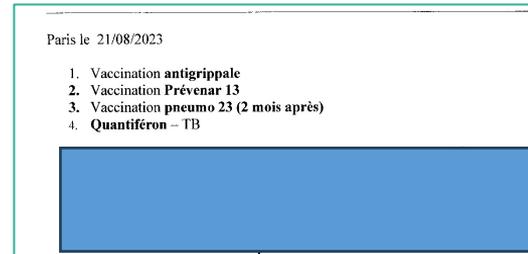
- atteintes hépatiques avec le *risankizumab* ;
- troubles neuropsychiques : vertiges, dépressions avec l'*ustékinumab* ;
- paralysies faciales avec l'*ustékinumab* ;
- pneumopathies non infectieuses : pneumopathies interstitielles, pneumopathies à éosinophiles et pneumopathies organisées avec l'*ustékinumab* ;
- effets indésirables communs aux anticorps monoclonaux. Les anticorps monoclonaux ont la structure d'une immunoglobuline et interfèrent avec le système immunitaire de façon variable selon notamment la taille (IgG complète ou limitée au fragment Fab) et la structure de la chaîne polypeptidique (parenté plus ou moins proche avec les immunoglobulines humaines). Ils exposent à des :
 - allergies dont des réactions anaphylactiques ;
 - augmentations des infections ;
 - troubles auto-immuns ;
 - avec les anticorps monoclonaux administrés par voie intraveineuse, au cours de la perfusion : syndromes de libération de cytokines et/ou d'autres médiateurs par des lymphocytes activés (c'est-à-dire l'association d'un syndrome inflammatoire avec hypotension artérielle, fièvre, frissons, et aussi éruption cutanée, voire bronchospasmes, œdème pulmonaire et troubles cardiaques ; les symptômes sont proches de ceux d'une réaction anaphylactique mais le mécanisme n'est pas allergique) ;
- etc.

→ Bilan sanguin

- NFS, CRP, bilan hépatique, électrophorèse des protéines sériques
- Créatinine et ionogramme sanguin
- Sérologies VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc, ADN viral si AgHBs+), VHC et HIV
- Sérologies EBV, CMV et VZV si absence de varicelle documentée, VIH, VHC, VHB
- Béta-HCG si femme
- AC Anti nucléaires et anti-DNA natifs (risque de maladie auto-immune, lupus surtout avec les anti-TNF)
- Radio thorax (pour les anti TNF)
- IDR à la tuberculine (tubertest 5 UI) ou QuantiFERON ou T.SPOT

→ Bilan vaccinal et mise à jour :

- DTpolio tous les 10 ans
- Antigrippal annuel
- Antipneumococcique tous les 3-5 ans (Prevenar® et Pneumovax® 2 mois après)
- Anti-SARS-CoV-2 : rappel injection tous les 6 mois



Et si j'oublie le jour de
l'injection...

Comment pourriez vous faire
pour ne pas l'oublier ?

Oubli de dose

Si l'administration d'une dose a été oubliée, la dose doit être administrée dès que possible.

L'administration doit ensuite reprendre selon le schéma habituel prévu.

Accompagnement pharmaceutique

psoriasis pathologie chronique

l'application cutanée d'un émollient réduit la sécheresse cutanée et limite d'éventuelles démangeaisons

choisir un émollient commercialisé avec un statut de médicament, sans parfum ni conservateur, et qui comporte peu de substances afin de réduire le risque d'allergie
par exemple à base de vaseline, qui expose à peu d'effets indésirables connus

L'utilisation de pommades grasses est parfois considérée comme peu agréable car elles laissent un film gras à la surface de la peau

L'application d'un émollient est à renouveler plusieurs fois par jour en fonction de la sécheresse cutanée, et après chaque bain, douche ou lavage

Certaines substances contenues dans des émollients* exposent particulièrement à des effets indésirables cutanés dont des allergies : alcool cétostyrilique, baume du Pérou, chloro crésol, hydroxybenzoates (parabènes), lanoline, phénazone, propylène glycol, trolamine, parfums

Le psoriasis est une maladie chronique dont la durée des poussées et des rémissions est imprévisible.

Le psoriasis **n'est pas une maladie contagieuse** et ne met pas en jeu le pronostic vital.

Il peut avoir un fort retentissement sur la qualité de vie. (évaluation DLQI)

Les traitements ne guérissent pas la maladie :

- mais permettent la disparition transitoire + ou - complète des lésions. (évaluation PASI)
- ne doit pas être interrompu dès la disparition d'une plaque, mais poursuivi plusieurs semaines après ce blanchiment pour limiter le risque de rebond.

Les **facteurs environnementaux déclenchant / aggravant les poussées** peuvent être identifiés :

- stress, choc émotionnel, asthénie, traumatisme physique, grattage
- prise de médicaments (lithium, bêtabloquants, antipaludéens de synthèse, arrêt brutal de corticoïdes généraux)
- infections (à streptocoques, par le VIH).

Les UV exercent le plus souvent un effet bénéfique sur le psoriasis.

5 à 10 % des patients constatent toutefois une aggravation de leur état au soleil.

Une exposition excessive, potentiellement dangereuse, n'est jamais justifiée.

Des associations peuvent apporter aide et soutien aux patients atteints de psoriasis : [France Psoriasis](#), etc.



Le score DLQI

(Dermatology Life Quality Index)

évalue la qualité de vie

dans de nombreuses affections dermatologiques (DA, Pso...).



Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	
2. Vous êtes-vous senti(e) géné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?				
3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
6. Avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
7. Votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché de travailler ou étudier ?				
Oui (3)		Non (2)		Non concerné(e) (0)
Si la réponse est « Non » : Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou vos études ?				
	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre conjoint(e), vos amis ou votre famille ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?				
Énormément (3)	Beaucoup (2)	Un peu (1)	Pas du tout (0)	Non concerné(e) (0)
Score final DLQI (0-30) :				44

Information-education

Sommaire : [Psoriasis](#)[Qu'est-ce que le psoriasis ?](#)[Symptômes du psoriasis et évolution](#)[Psoriasis : quel traitement ?](#)[Vivre avec un psoriasis](#)**Psoriasis : quel traitement ?**

- Choix du traitement du psoriasis
- Traitement local des formes habituelles
- Photothérapie
- Traitement par voie générale des formes sévères

Le traitement du psoriasis

30 mars 2023



Le traitement du psoriasis est symptomatique et poursuivi à long terme. Il est, le plus souvent, local par application sur la peau sous forme de crèmes ou lotions à base de corticostéroïdes ou d'analogues de la vitamine D3 notamment. Un traitement complémentaire est nécessaire pour les formes les plus graves.

LE CHOIX DU TRAITEMENT DU PSORIASIS

Sommaire : [Psoriasis](#)[Qu'est-ce que le psoriasis ?](#)[Symptômes du psoriasis et évolution](#)[Psoriasis : quel traitement ?](#)[Vivre avec un psoriasis](#)**Vivre avec un psoriasis**

- Psoriasis : suivi médical indispensable
- Vie quotidienne

Vivre avec un psoriasis

30 mars 2023



Le psoriasis est une maladie chronique dont le traitement s'inscrit dans la durée. Une relation de confiance avec le médecin assurant votre prise en charge thérapeutique est indispensable. Selon la gravité de votre maladie, la qualité de votre vie quotidienne est plus ou moins altérée.

PSORIASIS : SUIVI MÉDICAL INDISPENSABLE

Si vous souffrez de **psoriasis**, un suivi médical est mis en place pour vérifier l'efficacité du traitement. Ces rendez-vous médicaux sont aussi l'occasion de faire le point sur cette affection et sur les soins dispensés.

Le rythme des consultations et éventuellement des examens biologiques est fixé par votre médecin traitant, votre dermatologue et éventuellement votre rhumatologue, si un **rhumatisme psoriasique** est associé à l'atteinte de la peau.

Cette surveillance a pour but :

- d'étudier l'évolution des **plaques de psoriasis** et des douleurs articulaires en cas de rhumatisme psoriasique associé ;
- d'évaluer l'efficacité et la bonne tolérance des traitements, et s'assurer que vous bénéficiez d'une prise en charge optimale ;



ACCUEIL

ACTUALITÉS

ENC

#chenilles processionnaires : que faire ?!



Sommaire

En résumé

À quoi ça ressemble ?

Clinique

Causes de du psoriasis

Étiologie

Quels examens ?

Traitements

Fiches patient

Conseils pratiques

La recherche

Le psoriasis

À PROPOS DE CET ARTICLE : RÉVISION DU 02 DÉCEMBRE 2019

Relectrices : Pr Manuelle VIGUIER, Pr Marie BE
RÉDACTION / RELECTURE

Résumé

Le psoriasis est une inflammation chronique contagieuse qui touche 2 à 3% de la population.

Il existe plusieurs formes de psoriasis, mais par l'apparition de une ou plusieurs plaques de zones de frottement de la peau comme les

Sommaire

En résumé

À quoi ça ressemble ?

Clinique

Causes de du psoriasis

Étiologie

Quels examens ?

Traitements

Fiches patient

Conseils pratiques

La recherche

Asso. et soutien

Actus psoriasis

L'essentiel à retenir
en 4 points

Fiches patient

INFORMATION SUR LES TRAITEMENTS (GRPSO)

Le Groupe de Recherche sur le Psoriasis (GrPso) a rédigé des fiches d'information destinées aux patients afin d'expliquer ce que sont les traitements systémiques et biosimilaires du psoriasis, et leur modalités d'utilisation.

acitrétine

10/11/2017 - (GrPso)

adalimumab

10/11/2017 - (GrPso)

apremilast

10/11/2017 - (GrPso)

bimekizumab

22/02/2023 - (GrPso)

biosimilaires

03/04/2019 - (GrPso)

brodalumab

22/05/2019 - (GrPso)

certolizumab pegol

ciclosporine

LE PSORIASIS

Des réponses à vos questions



- <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/psoriasis.pdf>

Impact of a pharmacy-led smoking cessation clinic in a dermatology centre

Hui Mei Cheng¹, MBBS, MRCS, Wen Chun Liu¹, MBBS, MRCS, Germaine Chua¹, BSc(Pharm)(Hons), Choon Fong Liew², MBBS, MRCP, Winnie Li², BSc(Pharm), Winnie Choo², BSc(Pharm)(Hons), Hazel H Qon¹, MD, MRCP

INTRODUCTION Cigarette smoking is a leading cause of morbidity and mortality, and has a deleterious effect on dermatological conditions, such as skin cancers, hidradenitis suppurativa and psoriasis. The study aimed to evaluate the efficacy of a pharmacist-led smoking cessation clinic in reducing cigarette smoking at a tertiary referral dermatology centre. We described the impact of this clinic to provide guidance on how such a model could be further improved and implemented more widely.

METHODS In this single-centre, retrospective study, 74 currently smoking patients who received counselling at a structured smoking cessation clinic between January 2010 and March 2013 were identified. Information on baseline demographic characteristics and detailed past medical history, including smoking history, was collected. Follow-up was conducted at two weeks and three months.

RESULTS At the first follow-up at two weeks, which was attended by 57 patients, 9 (15.8%) had stopped smoking and 26 (45.6%) showed reduction in the number of cigarette sticks smoked per day, with an average reduction of 4.1 cigarette sticks per day. However, a few patients also reported no change or increased number of cigarette sticks smoked per day following counselling.

CONCLUSION A structured pharmacist-led smoking cessation clinic is effective and can be made a part of the holistic management of dermatological conditions.

Keywords: dermatology, nicotine replacement therapy, smoking cessation, tobacco

The role of community pharmacists in supporting self-management in patients with psoriasis

Rod Tucker and Derek Stewart

School of Pharmacy & Life Sciences, Robert Gordon University, Aberdeen, UK

Keywords

clinical interventions; clinical practice; clinical topics; community pharmacy; other topics

Correspondence

Rod Tucker, School of Pharmacy & Life Sciences, Robert Gordon University, Sir Ian Woods Building, Garthdee Road, Aberdeen, AB10 7GJ, UK.
E-mail: rodtucker.tucker@gmail.com

Received March 28, 2016

Accepted July 12, 2016

doi: 10.1111/ijpp.12298

Abstract

Background The majority of patients with psoriasis have mild to moderate disease which can be managed in primary care with topical therapies. The supportive role of pharmacists for patients with long-term dermatological conditions is largely unknown.

Objective To assess the impact of an educational intervention delivered by community pharmacists to improve self-management for people with psoriasis.

Method The study involved a pre- and post-intervention design. Seven community pharmacies were selected based on their location (urban, rural etc.) and the pharmacists recruited via local comprehensive research networks. Patients with mild to moderate psoriasis were recruited either opportunistically or via a letter of invite by pharmacists who undertook a face-to-face consultation with one follow-up visit after 6 weeks. The primary outcome was the change in person-centred dermatology self-care index (PEDESI) score and secondary outcomes were the self-assessed psoriasis and severity index (SAPASI), measuring disease severity and the dermatology quality of life index (DLQI).

Key findings A total of 47 patients were recruited. At 6 weeks, 42/47 (89.3%) patients completed the follow-up consultation. There was a significant increase in mean PEDESI scores (25.15 versus 17.78, $P < 0.001$) at 6 weeks compared to baseline. Similarly, SAPASI (11.60 versus 7.74, $P < 0.001$) and DLQI (7.21 versus 4.14, $P < 0.001$) scores improved significantly.

Conclusion Pharmacist-assisted support for patients with psoriasis improved knowledge, reduced disease severity and the impact on quality of life. These results suggest that community pharmacists might have an important role to play in facilitating self-management for patients with psoriasis.

- **Vaccins vivants atténués contre-indiqués chez les sujets recevant une biothérapie:** à faire au moins 2 à 4 semaines avant le début du traitement
- **Délai minimal de 3 mois** (6 mois pour le rituximab) à respecter après arrêt du traitement pour administrer un vaccin vivant



Programme ETP psoriasis

* Objectif général

- Renforcer la capacité de la personne présentant un psoriasis sévère ou un rhumatisme inflammatoire chronique (et son entourage) à prendre en charge sa maladie afin d'avoir une qualité de vie acceptable pour lui.

* Objectifs opérationnels

- Comprendre les différents mécanismes qui entraînent un psoriasis sévère ou un rhumatisme inflammatoire chronique et ses répercussions dans la vie quotidienne de la personne.
- Entendre la représentation de la maladie par chaque participant et la manière dont il le vit.
- Expliquer l'importance de l'observance des traitements parfois complexes et longs, en particulier pour le psoriasis.
- Expliquer les comorbidités associées et l'importance des règles hygiéno-diététiques dans la prise en charge.
- Apprendre à la personne et à son entourage à utiliser correctement les traitements et présenter les différentes possibilités thérapeutiques.
- Apprendre à la personne et à son entourage à mieux connaître les durées d'attente des réponses face aux différents traitements.
- Apprendre les différentes positions qui permettent de contrôler la douleur et les mauvaises attitudes.
- Pratiquer les gestes techniques de soins : pratiquer une injection en totale autonomie, dans le cas du psoriasis appliquer des traitements topiques sur la peau.
- Pratiquer des exercices qui limitent le stress et permettent de mieux supporter la douleur.
- Impliquer la personne dans la mise en oeuvre des règles hygiéno-diététiques, la pratique d'une activité physique régulière et les modifications à apporter à l'alimentation.

Pratique

éducation thérapeutique

Une collaboration pluriprofessionnelle au bénéfice des patients

Hubert Benoist^a
Interne en pharmacie

Aurélié Dinahet^b
Cadre de santé

Cécile Clément^b
Dermatologue

Guillaume Saint-Lorant^{a,*}
Pharmacien

^aPharmacie centrale,

^bService de dermatologie,
centre hospitalier universitaire
de Caen-Normandie,
avenue de la Côte-de-Nacre,
14000 Caen, France

42

Une étude ciblée sur les séances d'éducation thérapeutique des patients (ETP) traités par biothérapie antipsoriasique sous-cutanée a été effectuée dans le service de dermatologie d'un centre hospitalier universitaire. Dans le prolongement, et pour répondre aux besoins détectés, une collaboration pluriprofessionnelle autour de la démarche d'ETP a permis la mise à disposition de supports d'information spécifiques et l'organisation de sessions de formation pour les infirmières. Une enquête réalisée dans un second temps a montré un taux de satisfaction de 100 % de la part des patients et des infirmières.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés - biothérapie ; compliance ; éducation thérapeutique ; formation ; maladie chronique ; satisfaction patient

A multidisciplinary collaboration for the benefit of patients. A study focusing on therapeutic education sessions for patients with psoriasis receiving subcutaneous biotherapy was carried out in a dermatology department of a university hospital. To meet the needs identified by the research, multi-professional collaboration around a therapeutic patient education approach resulted in the creation and implementation of specific information tools and the organisation of training sessions for the nurses. A subsequent survey showed a 100% satisfaction rate among patients and nurses.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords - biotherapy; chronic disease; compliance; patient satisfaction; therapeutic education; training

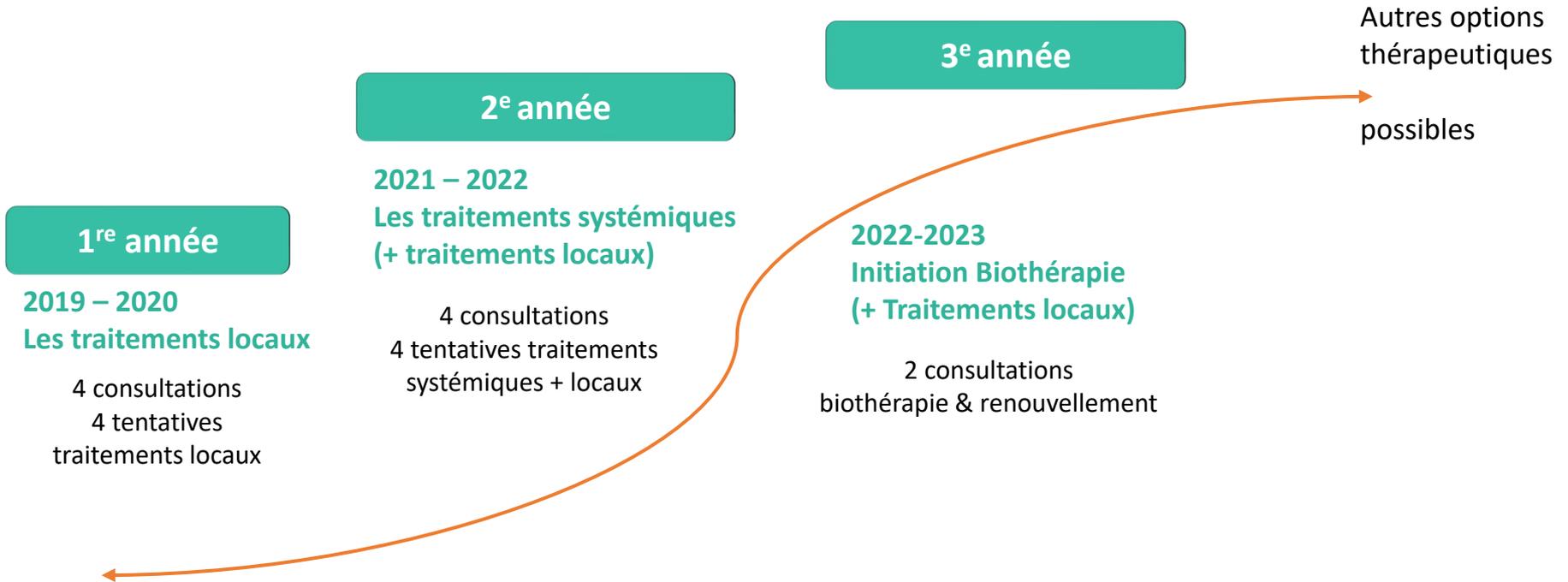
Le psoriasis est une affection cutanée chronique à médiation immunitaire associée à un impact significatif sur la qualité de vie des patients. Cette pathologie touche 1,5 à 3 % de la popula-

a considérablement évolué avec l'avènement des biothérapies depuis le XXI^e siècle. L'arsenal thérapeutique reposait jusqu'à présent sur les traitements immunosuppresseurs (rétrinoïde, méthotrexate

visant à leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour un bon usage des médicaments et une bonne compliance. Ces biothérapies antipsoriasiques sous-cutanées (BASC) utilisent des dispositifs

Exemple de parcours de soins :

3 années d'une patiente atteinte de psoriasis...



Je vous remercie de votre
attention

Back -up

Accompagnement préconceptionnel

EJD, vol. 31, Suppl. 1, Mars 2021

Une autre enquête auprès de patientes psoriasiques a mis en évidence que 43 % d'entre elles ayant un souhait de conception recevaient un traitement systémique et que, lorsqu'elles étaient enceintes, 33 % n'informaient pas immédiatement leur dermatologue de leur grossesse, et 20 % ne le faisaient pas du tout

Lebwohl M, Van Voorhees AS, Siegel M, et al. A comprehensive survey assessing the family planning needs of women with psoriasis. IFPA, 2018

1 ^{er} choix		2 ^e choix	3 ^e choix
	UVB/Ciclosporine	Étanercept Adalimumab / infliximab sauf au 3 ^e trimestre	
	UVB	Étanercept	
	UVB	Ciclosporine	Adalimumab/étanercept/infliximab sauf au 3 ^e trimestre
	Certolizumab pegol	Adalimumab/étanercept/infliximab/ustekinumab /sécukinumab sauf au 3 ^e trimestre	
	Certolizumab pegol / ciclosporine		

Figure 1. Recommandations de traitement du psoriasis chez la femme enceinte selon les pays [18-21].

Table 6. Summary of recommendations for biologic therapy options in pregnancy.

	Certolizumab pegol	Etanercept	Adalimumab	Infliximab	IL-12/IL- 23 inhibitors	IL-23 inhibitors	IL-17 inhibitors
Pregnancy	Most Preferred	Alternative to Certolizumab if not available	Higher placental transfer	Higher placental transfer	Safety is uncertain	Safety is unknown	Safety is uncertain

Pregnancy and lactation

The treatment of psoriasis in pregnancy or patients planning a pregnancy can be challenging. It is reported that 55% of psoriasis patients improve during pregnancy, likely due to the immunomodulatory changes of pregnancy, while 23% experience worsening (71). Patients who are pregnant or are lactating require special considerations to ensure treatment safety and efficacy. Generally, any medications in pregnancy should be avoided unless the benefits outweigh the risks. In women of childbearing potential or those who become pregnant, risks and benefits of continuing vs. stopping biologic therapy should be discussed (12). It is preferred to discontinue all biologic agents before pregnancy or at 16–26 weeks of pregnancy (72). In general, advise mothers who have received biologic therapy for psoriasis beyond 16 weeks' gestation that their infants should not receive any live vaccinations until they have reached 6 months of age (e.g. rotavirus and BCG) (12).

There are no known interactions between biologic therapies and contraceptive methods. Advise women of childbearing potential who are starting biologic therapy for psoriasis to use effective contraception and discuss conception plans with the treating physician (12).

Additional considerations relating to the use of specific biological therapies in this population are summarized below and in [Table 6](#).

TNF- α inhibitors can be used during lactation. They are safe in men attempting conception with their partners. There is a greater theoretical risk with use during the third trimester of pregnancy owing to transplacental transfer of TNF- α inhibitors (13). Certolizumab pegol has shown minimal to no placental transfer, so it is labeled as the best choice for pregnant psoriatic patients (73). Etanercept is considered an alternative to certolizumab if certolizumab is not available (73).

IL-12/IL-23 inhibitors: The safety of IL-12/IL-23 inhibitors during pregnancy and lactation is uncertain. They are acceptable for men attempting conception with their partners (13).

IL-17 inhibitors: There are no studies with these agents in human pregnancy. All IL-17 inhibitors are likely acceptable for men attempting conception with their partners. The presence of IL-17 inhibitors in excreted human milk has not been studied (68).

IL-23 inhibitors: Safety during pregnancy for IL-23 inhibitors is unknown (13). The presence of IL-23 inhibitors in secreted human milk has not been studied (13). However, antibodies are effectively secreted during lactation (13), but generally have no significant impact (74).

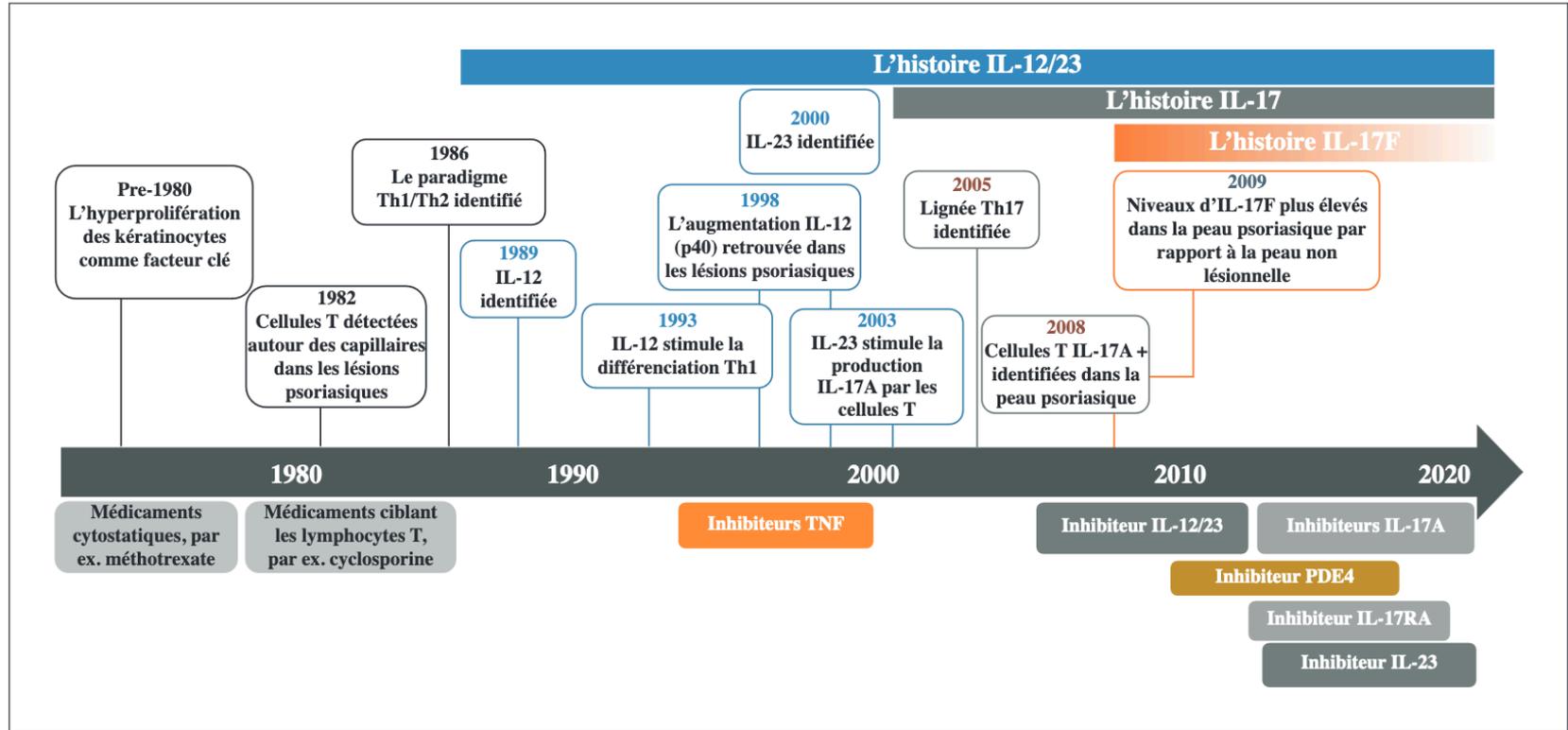


Figure 2. Compréhension de la physiopathologie du psoriasis et développement des traitements [22-24].

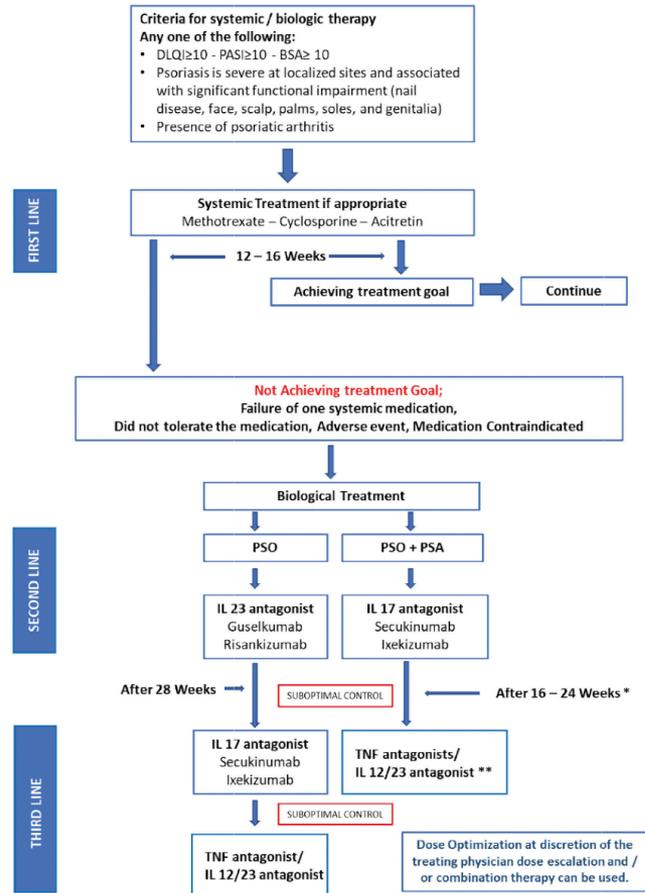


Figure 2. Management algorithm for the application of biologic therapy for the management of psoriasis. The order or treatments does not indicate priority. *16 weeks for skin and 24 weeks for joint disease. **IL-12/23 agonist used for patients with peripheral arthritis only.

SKYRIZI 150 MG, SOLUTION INJECTABLE EN STYLO PREREMPLI

Veuillez lire l'intégralité de la rubrique avant d'utiliser ce médicament.

Informations importantes à connaître avant l'injection de ce médicament

- . Avant de procéder à une injection, vous devez recevoir une formation sur la façon d'injecter ce médicament. Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère si vous avez besoin d'aide
- . Inscrivez les dates des injections sur votre calendrier afin de savoir quand injecter ce médicament
- . Conservez ce médicament dans son emballage d'origine pour protéger le médicament de la lumière, jusqu'au moment de son utilisation
- . Sortez la boîte du réfrigérateur et déposez-la à température ambiante, à l'abri de la lumière directe du soleil, pendant 30 à 90 minutes avant l'injection
- . Ne pas injecter le médicament si la solution visible à travers la fenêtre de contrôle est trouble ou contient des flocons ou de grosses particules. La solution doit avoir un aspect limpide à jaune et peut contenir de minuscules particules blanches ou transparentes
- . Ne pas agiter le stylo
- . Ne retirez pas le capuchon gris foncé avant d'être tout proche de l'injection

Rapportez ce médicament à la pharmacie :

- . si la date d'expiration (EXP) est dépassée
- . si le liquide a été congelé (même décongelé par la suite)
- . si le stylo est tombé ou a été endommagé
- . si les perforations de la boîte en carton sont déchirées

Suivez les étapes ci-dessous à chaque utilisation de ce médicament

ÉTAPE 1 : Sortez la boîte du réfrigérateur et déposez-la à température ambiante, à l'abri de la lumière directe du soleil, pendant 30 à 90 minutes avant l'injection.

- . Ne pas retirer le stylo de la boîte tant que ce médicament n'a pas atteint une température ambiante
- . Ne pas réchauffer ce médicament par un autre moyen. Par exemple, ne pas le réchauffer au micro-ondes ou dans de l'eau chaude
- . Ne pas utiliser le stylo si le liquide a été congelé, même s'il a été décongelé par la suite

ÉTAPE 2 : Posez le matériel sur une surface plane et propre :

- . 1 stylo prérempli
- . 1 compresse d'alcool (non incluse dans la boîte)
- . 1 boule de coton ou compresse de gaze (non incluse dans la boîte)
- . un collecteur de déchets spécifique à l'élimination des aiguilles (non inclus dans la boîte)

Lavez et séchez vos mains.

ÉTAPE 3 : Choisissez l'une des trois zones d'injection suivantes :

- . sur le dessus de la cuisse gauche
- . sur le dessus de la cuisse droite
- . ventre (abdomen), à au moins 5 cm du nombril

Avant l'injection, nettoyez le site d'injection avec une compresse d'alcool par un mouvement circulaire.

- . Ne pas toucher ou souffler sur le site d'injection après l'avoir nettoyé. Laisser sécher la peau avant l'injection
- . Ne pas injecter le médicament au travers des vêtements
- . Ne pas injecter le médicament là où la peau est sensible ou présente un hématome, une rougeur, un durcissement, une cicatrice ou des vergetures
- . Ne pas injecter le médicament au niveau des plaques de psoriasis

ÉTAPE 4 : Contrôlez l'aspect de la solution

Tenez le stylo en dirigeant le capuchon gris foncé vers le haut, comme sur l'illustration ci-contre.

- . Tirez d'un seul coup le capuchon gris foncé
- . Jetez le capuchon gris foncé

Contrôlez l'aspect de la solution à travers la fenêtre de contrôle.

- . Il est normal d'apercevoir des bulles dans le liquide
- . La solution doit avoir un aspect limpide à jaune et peut contenir de minuscules particules blanches ou transparentes
- . Ne pas utiliser si la solution est trouble ou contient des flocons ou de grosses particules

ÉTAPE 5

Tenez le stylo avec vos doigts au niveau de la zone grise de préhension.

Tournez le stylo de sorte que le manchon blanc de l'aiguille soit dirigé vers le site d'injection et que vous puissiez voir le bouton déclencheur vert.

Pincez délicatement la peau du site d'injection pour faire un pli et tenez-le fermement.

Placez le manchon blanc de l'aiguille à angle droit (angle de 90°) par rapport au pli du site d'injection.

ÉTAPE 6

Premier "clic" 15 secondes

Tenez le stylo de sorte que vous puissiez voir le bouton déclencheur vert et la fenêtre de contrôle.

Appuyez le stylo contre le pli du site d'injection et maintenez la pression.

- . Le stylo ne s'activera que si le manchon blanc de l'aiguille est appuyé contre le site d'injection avant d'appuyer sur le bouton déclencheur vert

Appuyez sur le bouton déclencheur vert et maintenez le stylo pendant 15 secondes.

- . Un grand "clic" signalera le début de l'injection

ÉTAPE 7

Deuxième "clic" - Indicateur jaune

Maintenez le stylo appuyé contre le site d'injection.

L'injection est terminée lorsque :

- . le stylo a émis un deuxième "clic" ou
- . l'indicateur jaune a rempli la fenêtre de contrôle

Cela peut prendre jusqu'à 15 secondes.

ÉTAPE 8 Lorsque l'injection est terminée, retirez doucement le stylo de la peau.

Le manchon blanc de l'aiguille recouvrira l'extrémité de l'aiguille et vous entendrez un autre "clic".

Après avoir terminé l'injection, placez une boule de coton ou une compresse sur la peau au niveau du site d'injection.

- . Ne pas frotter le site d'injection
- . Un léger saignement au site d'injection est normal

ÉTAPE 9 : Jetez le stylo usagé dans un collecteur spécialement prévu à cet effet immédiatement après utilisation.

- . Ne jamais jeter le stylo usagé avec vos ordures ménagères
- . Votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère vous indiquera comment restituer le collecteur, une fois ce dernier rempli

Tableau 1 (Suite)		
Comorbidités ou circonstances particulières		
Prise en charge globale	Traitements systémiques de 1 ^{re} ligne Photothérapie, MTX, CSA, acitrétine	Traitements systémiques de 2 ^{de} ligne TNFi (ETA, ADA, INFLI), USTK, anti-IL17 (IXE, SEC), APR
<i>Insuffisance cardiaque</i> Impliquer un cardiologue	Préférer TL01 (grade C) ou acitrétine (avis d'expert) ou MTX (avis d'expert) Éviter : CSA car associée à une augmentation de la pression artérielle (grade A)	IC de stade NYHA I ou II : envisager un TNFi (préférer ETA) ou USTK (grade C) IC de stade NYHA III ou IV : préférer USTK (avis d'expert) Éviter : TNFi dans l'IC de stade NYHA III ou IV (délétère) (grade A) Données insuffisantes mais pas de signal négatif pour anti-IL17 et APR
<i>Hépatite B ou hépatite C</i> Impliquer un hépatologue	Préférer TL01 (grade C), plutôt que PUVA Envisager acitrétine si enzymes hépatiques normales (grade C) Envisager CSA chez les patients VHC+ (grade C) Données insuffisantes pour le traitement par CSA chez les patients VHB+ (hépatite active, inactive, occulte ou guérie) Envisager MTX seulement en cas d'hépatite B (grade C)	En cas d'hépatite B active (ADN VHB > 2000 UI/mL), un TNFi doit être différé jusqu'à ce que l'infection soit contrôlée avec un traitement antiviral adapté (grade C) Envisager TNFi (préférer ETA, grade C) avant USTK (moins de données, grade C) en cas d'hépatite B inactive (ADN VHB < 2000 UI/mL, transaminases normales, Ag HBs+), en association avec une prophylaxie antivirale et tests hépatiques réguliers et un contrôle rapproché de la charge en ADN VHB Envisager TNFi en cas d'hépatite B occulte (ADN VHB < 200 UI/mL, Ag HBs-, anti-HBc+, anti-HBs-), résolue (anti-HBs+) ou chez les patients VHC chroniques, en association avec des tests hépatiques réguliers et un contrôle rapproché des Ag HBs/ARN VHC (grade C) Données disponibles insuffisantes pour anti-IL17 ou APR
<i>Infection par le VIH</i> Impliquer un spécialiste Optimiser le traitement antirétroviral (grade C) Contrôle étroit des infections bactériennes et mycobactériennes	Préférer TL01 (grade C) plutôt que PUVA Envisager acitrétine ou MTX (grade C) Envisager CSA seulement si TL01, acitrétine ou MTX sont contre-indiqués (grade C)	Envisager ETA (avant ADA, USTK, INFLI) en l'absence d'alternative et si la charge virale est continuellement indétectable (grade B) Données disponibles insuffisantes pour anti-IL17 et APR
<i>Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin</i> Collaboration étroite avec un gastro-entérologue	Préférer MTX (grade A) Envisager CSA (grade B) ou TL01 (grade C) Pas de données disponibles pour acitrétine	Préférer ADA, INFLI ou USTK (grade A) Éviter : anti-IL17 (grade C) Pas de données disponibles pour APR

Tableau 1 Résumé des recommandations pour les différents traitements systémiques chez les patients atteints de psoriasis présentant des comorbidités, ou en cas de circonstances particulières.

Comorbidités ou circonstances particulières		
Prise en charge globale	Traitements systémiques de 1 ^{re} ligne Photothérapie, MTX, CSA, acitrétine	Traitements systémiques de 2 ^{de} ligne TNFi (ETA, ADA, INFLI), USTK, anti-IL17 (IXE, SEC), APR
<i>Intoxication alcoolique active</i> Adresser à un addictologue pour le sevrage et la désintoxication	Préférer TL01 (grade C) plutôt que PUVA Acitrétine, MTX, et CSA ne doivent pas être envisagés comme traitements de 1 ^{re} ligne (grade B)	Préférer un TNFi (notamment INFLI pour améliorer l'observance) ou USTK (grade C) Envisager anti-IL 17 ou APR (avis d'expert) – population exclue des essais cliniques
<i>Allaitement</i>	Préférer TL01 (avis d'expert) ou CSA (grade A) Envisager MTX (grade C) (attendre 24 heures après l'administration de MTX pour allaiter) Éviter : PUVA (données insuffisantes) (avis d'expert) Contre-indication absolue : acitrétine (grade A)	Envisager l'instauration ou la poursuite d'un TNFi s'il n'y a pas d'alternative (avis d'expert) Éviter : USTK, anti-IL17 et APR (avis d'expert) : données disponibles insuffisantes
<i>Antécédent de cancer (traité)</i> Collaboration étroite avec l'oncologue et/ou l'équipe multidisciplinaire de soins anticancéreux	Préférer MTX ou photothérapie (sauf en cas de cancer de la peau) ou acitrétine (grade C) Éviter : CSA (grade A)	Décision au cas-par-cas (grade C) L'initiation d'une biothérapie doit être discutée avec l'oncologue et dépend du stade et du pronostic de la tumeur (grade C) En l'absence d'alternative, envisager USTK ou TNFi (préférer ETA ou ADA) (grade C) Données de suivi insuffisantes pour APR et anti-IL17
<i>Maladies neurologiques démyélinisantes</i> Impliquer un neurologue	Préférer MTX (grade C) Envisager photothérapie (grade C) Pas de données disponibles pour acitrétine et CSA (attention aux effets neurotoxiques de la CSA, avis d'expert)	Préférer USTK (grade C – données de suivi à plus long terme par rapport à anti-IL17) Envisager un anti-IL17 (grade C – pas d'effet négatif de SEC sur la sclérose en plaques en phase II) Éviter : TNFi (grade C) Pas de données disponibles pour APR
<i>Diabète</i> Impliquer un diabétologue en cas de diabète non contrôlé Si possible, retarder l'initiation du traitement chez les patients ayant une hémoglobine glyquée > 8 %	Préférer photothérapie (grade C) Envisager acitrétine (grade C), sauf chez les patients présentant une dyslipidémie Envisager MTX en cas de contre-indication photothérapie et acitrétine (grade B). Agir avec prudence en raison du risque accru d'infection et de fibrose hépatique Éviter : CSA (grade B)	Préférer des agents biologiques de courte durée de vie, ou ceux qui sont associés à un accroissement moindre du risque infectieux (Éviter : INFLI) (avis d'expert) Se référer à la section risque cardiovasculaire ci-dessous Données insuffisantes, mais pas de signal négatif pour anti-IL17 et APR

Tableau 1 (Suite)		
Comorbidités ou circonstances particulières		
Prise en charge globale	Traitements systémiques de 1 ^{re} ligne Photothérapie, MTX, CSA, acitrétine	Traitements systémiques de 2 ^{de} ligne TNFi (ETA, ADA, INFLI), USTK, anti-IL17 (IXE, SEC), APR
Maladie hépatique (cirrhose, fibrose) Impliquer un hépatologue	Préférer TL01 (grade C) plutôt que PUVA Acitrétine et CSA ne doivent pas être envisagées en traitement de 1 ^{ère} ligne (grade C) Éviter : MTX (grade C)	Envisager un TNFi ou USTK chez les patients avec une stéatose ou une cirrhose compensée (grade C) Pas de données disponibles pour APR et anti-IL17
Risque cardiovasculaire majeur Impliquer un cardiologue	Préférer MTX (grade B) Envisager photothérapie ou acitrétine (avis d'expert) Éviter : CSA en raison de l'augmentation de la pression artérielle (grade A)	Préférer TNFi (grade A) Envisager USTK (grade A) ou anti-IL17 (grade B) en cas d'échec de TNFi et contrôle des facteurs de risque Pas de données disponibles pour APR mais pas de signal négatif
Obésité Intervention diététique : encourager la perte de poids (grade B)	Préférer la photothérapie avec augmentation prudente et graduelle des doses d'UV (grade C) ou MTX avec suivi hépatique rapproché (grade C) Envisager acitrétine (grade C) Éviter : CSA (avis d'expert)	Préférer USTK (grade C – dosage en fonction du poids et pas d'association avec une prise de poids). En cas d'échec avec USTK, envisager IXE (grade C) avant TNFi, SEC et APR (avis d'expert)
Grossesse Collaboration étroite avec un obstétricien – gynécologue (et pédiatre si CSA ou TNFi maintenus pendant la grossesse)	Préférer TL01 (grade B) Envisager CSA (grade B) Éviter : PUVA (données insuffisantes) (avis d'expert) Contre-indication absolue : acitrétine, MTX, (grade A)	Envisager initiation ou maintien d'ETA tout au long de la grossesse en l'absence d'alternative (grade C). ADA ou INFLI peut être maintenu jusqu'au 3 ^e trimestre en l'absence d'alternative (avis d'expert) Éviter : USTK et anti-IL17 et APR (avis d'expert) : données disponibles insuffisantes
Projet de grossesse	Interruption du traitement obligatoire pour : acitrétine : 3 ans avant conception (grade A) ; MTX : 24 h avant pour les femmes et 3 mois pour les hommes (grade A) ; PUVA (avis d'expert) La poursuite de CSA (grade B) ou NBUVB (grade B) est permise	Envisager le maintien d'ETA s'il n'y a pas d'alternative (grade C). S'il n'y a pas d'alternative, ADA ou INFLI peut être initié ou poursuivi si nécessaire mais doit être arrêté à la fin du deuxième trimestre de grossesse (avis d'expert) Idéalement interrompre les TNFi avant conception (selon le RCP) : ETA : 3 semaines avant ; ADA : 20 semaines avant ; INFLI : 24 semaines avant Interrompre les traitements suivants selon le RCP (5 à 7 demi-vies avant conception) : USTK : 15 semaines avant ; IXE : 10 semaines avant ; SEC : 20 semaines avant ; APR : 1 jour avant

Tableau 1 (Suite)		
Comorbidités ou circonstances particulières		
Prise en charge globale	Traitements systémiques de 1 ^{re} ligne Photothérapie, MTX, CSA, acitrétine	Traitements systémiques de 2 ^{de} ligne TNFi (ETA, ADA, INFLI), USTK, anti-IL17 (IXE, SEC), APR
Maladie psychiatrique (dépression) Impliquer un psychiatre	Préférer la photothérapie ou CSA (grade B) Envisager MTX (avis d'expert) Données disponibles insuffisantes pour acitrétine	Préférer TNFi ou USTK (grade B) Éviter : APR (grade B) et anti-IL17 (avis d'expert, effet de classe possible)
Insuffisance rénale^a Collaboration étroite avec un néphrologue	Préférer TL01 (grade C) plutôt que PUVA Envisager MTX ou acitrétine seulement en cas d'insuffisance rénale précoce et modérée (DFG > 60 mL/min) (grade C). En cas d'insuffisance rénale stade 1 ou 2 : utiliser MTX à dose standard. En cas de stade 3 : utiliser une dose réduite de MTX. En cas de stade 4 ou 5 : ne pas utiliser MTX Contre-indication : CSA (grade A)	Préférer TNFi ou USTK (grade B) Envisager APR (le dosage doit être adapté en cas d'insuffisance rénale sévère) (grade C) ou envisager anti-IL17 (grade C)
<p>MTX : méthotrexate ; CSA, ciclosporine ; TNFi : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale ; ETA : étanercept ; ADA : adalimumab ; INFLI : infliximab ; USTK : ustékinumab ; IXE : ixékizumab ; SEC : sécukinumab ; APR : aprémilast ; IC : insuffisance cardiaque ; NYHA : New York Heart Association ; VHB : virus hépatite B ; VHC : virus hépatite C ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine acquise ; Ag HBs : antigène HBs ; anti-HBc : anticorps anti-HBc ; anti-HBs : anticorps anti-HBs ; TL01 : photothérapie UVB à spectre étroit ; PUVA : association psoralène et photothérapie UVA ; DFG : débit de filtration glomérulaire.</p> <p>^a Cinq stades d'insuffisance rénale sont définis par le débit de filtration glomérulaire (DFG) (en mL/min/1,73 m²) : DFG < 90 (stade 1), DFG = 60–89 (stade 2), DFG = 30–59 (stade 3), DFG = 15–29 (stade 4), DFG < 15 (stade 5).</p>		

Formes particulières

Tableau 2 Résumé des recommandations de prise en charge des formes particulières de psoriasis.

Prise en charge des formes particulières de psoriasis

	Traitements systémiques de 1 ^{re} ligne : photothérapie, MTX, CSA, acitrétine	Traitements systémiques de 2 ^e ligne : TNFi, USTK, anti-IL17, APR
Psoriasis non pustuleux palmo-plantaire Psoriasis pustuleux palmo-plantaire	Idem psoriasis en plaques	Idem psoriasis en plaques
Psoriasis pustuleux généralisé	Préférer CSA (grade B) Envisager la PUVathérapie localisée (grade B) ou acitrétine (grade B) ou acitrétine et PUVathérapie localisée en combinaison (grade B) Envisager MTX (grade C) Préférer CSA (grade C) ou acitrétine (grade C) Envisager MTX (grade C) Photothérapie non recommandée (expert opinion)	Préférer ETA ou UTSK (grade B) : plus de données disponibles pour ces 2 molécules En cas d'échec, envisager d'autres TNFi ou anti-IL17 (grade B) Préférer INFLI (grade B, rapidité d'action) Envisager USTK (grade B) Envisager un anti-IL17 (grade C) Pas de données disponibles pour APR
Psoriasis érythrodermique	Préférer CSA (grade B) Envisager acitrétine (grade C) ou MTX (grade C) Photothérapie non recommandée (expert opinion)	Envisager TNFi (préférer INFLI pour sa rapidité d'action), ou USTK ou anti-IL17 (grade D) Pas de données disponibles pour APR
Psoriasis des ongles	Préférer MTX (grade B) Envisager CSA (grade B) ou acitrétine (grade C)	Préférer USTK ou TNFi (préférer ADA ou INFLI) ou APR (grade B) En cas d'échec, envisager le remplacement d'USTK par un TNFi et vice versa (grade B) ou envisager un anti-IL17 (grade C)
Psoriasis du cuir chevelu	Idem psoriasis en plaques	Idem psoriasis en plaques

MTX : méthotrexate ; CSA : ciclosporine ; TNFi : inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale ; USTK : ustékinumab ; APR : aprémilast ; PUYA : association psoralène et photothérapie UVA ; ETA : étanercept ; INFLI : infliximab ; USTK : ustékinumab.

- éviter autant que possible leur application sur des plaies, des écorchures ou des éraflures, sous un pansement occlusif ou de manière étendue
- éviter l’application d’un dermocorticoïde dit d’activité forte sur le visage et dans les plis
- limiter le traitement à 2 applications maximum par jour, sans dépasser une durée de 4 semaines consécutives
- en cas de traitement de plus d’une semaine, diminuer progressivement le traitement une fois une amélioration obtenue, soit en utilisant un dermocorticoïde de moindre niveau d’activité, soit en espaçant les applications, par exemple un jour sur deux, puis 2 fois par semaine

Quelques précautions évitent d’exposer l’entourage aux effets indésirables des médicaments en application cutanée, notamment :

- se laver les mains à l’eau et au savon après chaque application
- en cas d’application sur le corps, recouvrir la zone d’application avec un vêtement
- éviter le contact des zones d’application avec d’autres personnes ou laver soigneusement ces zones avant tout contact

efficacité semblable à celle des dermocorticoïdes dits d'activité forte .

Les dérivés de la vitamine D en application locale exposent à des irritations cutanées : leur application sur le visage est à éviter

L'application prolongée d'un dérivé de la vitamine D sur une surface cutanée importante expose à une hyper calcémie du fait de son absorption à travers la peau

Chez les adultes, la dose de crème ou de pommade de calcipotriol appliquée est à limiter à 100 g par semaine

Protéger l'entourage lors de l'application cutanée de calcipotriol des médicaments en application cutanée, notamment :

- se laver les mains à l'eau et au savon après chaque application ;
- en cas d'application sur le corps, recouvrir la zone d'application avec un vêtement ;
- éviter le contact des zones d'application avec d'autres personnes ou laver soigneusement ces zones avant tout contact

Eviter pendant la grossesse

Chez les adultes qui ont un psoriasis en plaques, l'application sur les lésions de l'association à doses fixes dipropionate de bétaméthasone (un dermocorticoïde) + calcipotriol (un dérivé de la vitamine D) semble avoir une efficacité supérieure à celle de chacune de ces substances utilisée seule, au prix d'un risque accru d'effets indésirables .

Mais il n'est pas démontré qu'elle apporte un progrès par rapport à l'application quotidienne séparée des deux substances.

Cette association semble un peu plus efficace sous forme de mousse cutanée que sous forme de pommade ou gel cutanés

Lésions très squameuses

L'acide salicylique en application cutanée a un effet kératolytique* qui augmente avec sa concentration parfois utile, en traitement de courte durée, pour les lésions très squameuses de psoriasis en plaques .

Il est en général utilisé au sein d'associations à doses fixes avec un dermocorticoïde (par exemple acide salicylique + bétaméthasone) (1) .

L'acide salicylique est irritant pour la peau. Pour éviter une intoxication salicylée et une irritation excessive, il est prudent ne pas appliquer l'acide salicylique sur de grandes surfaces cutanées, ni sur les parties génitales, les muqueuses ou au niveau des yeux, ni sous pansement occlusif (1)

L'application cutanée d'acide salicylique est à éviter durant la grossesse car elle expose l'enfant à naître à des insuffisances rénales, des hypertensions artérielles pulmonaires, et à un risque hémorragique en fin de grossesse (30)

