



# IBDnet Nurse Webinars

Prof. Dr. med. Petr HRUZ, Basel  
PD Dr. med. Christian MOTTET, Sion  
PD Dr. med. Luc BIEDERMANN, USZ Zurich  
PD Dr. med. Michel MAILLARD, Président IBDnet, Lausanne

Sponsor principal



**MODULE 1**

10 MARS 2022

16.30–17.30

Sponsors

abbvie



**SANDOZ** A Novartis  
Division



# IBDnet

Jeudi, 10 Mars 2022

SION

16.30–17.30 **MODULE 1**

«Red flags» et «check-lists»

– Les bonnes questions à poser aux patients MICI qui téléphonent au cabinet

– Les contrôles réguliers (check-lists) recommandés: vaccins, vitamines, endoscopies etc

Tandem  
Christian MOTTET  
Séverine DIAMANTINI

**ibdnet.ch**

Nurses Patients SIBDC News Contact Q Become a Member

**IBDnet**

Swiss Research and Communication  
Network on Inflammatory Bowel Disease

About Education Research Quality of Care Publications



For Nurses

Specialised IBD nurses are the future in our field. Thus, for more than a decade, IBDnet has invested itself in IBD continuing education for medical assistants. We would like to provide medical assistants specialised in IBD with information that may be relevant to their daily nursing work.

[Nurse Workshop](#) →

[Teaching Tutorials](#) →

[Documentary "IBD Diagnosis - and now?"](#) →

Kerstin Strelow-Wimmer  
Nadine Zahnd

L'infirmière spécialisée en maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

**Rôle essentiel** des IBD nurses  
dans le suivi des personnes  
atteintes de MICI

Les infirmières spécialisées jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).  
Le Dr méd. Luc Biedermann, privat-docent, Hôpital universitaire de Zurich,  
le Pr. Dr méd. Petr Hruz, Hôpital universitaire de Bâle, et le Dr méd. Christian Mottet, privat-docent, Hôpital du Valais, Sion en expliquent la nature exacte.

Interview | Dre Nadine Zahnd-Straumann, IBDnet

in médMAG

Jeudi, 9 Juin 2022

**LAUSANNE**

16.30–17.30 **MODULE 2**

**Traitements biologiques et JAKs  
le kit de survie pour le personnel soignant**

Tandem  
Pierre MICHETTI  
+ Personne à définir

Jeudi, 8 Septembre 2022

**GENÈVE**

16.30–17.30 **MODULE 3**

**Education thérapeutique et soutien du patient  
(comprenant les Apps et l'entretien  
motivationnel)**

Tandem  
Sophie RESTELLINI  
+ Personne à définir

# Merci beaucoup à nos sponsors!

Sponsor principal



Sponsors

abbvie



**SANDOZ** A Novartis  
Division



# Reconnaître des situations à risque (Red Flags) lors d'un appel téléphonique ou avant une perfusion

Séverine DIAMANTINI  
Centre Sédunois de Gastroentérologie SA, Sion



Jeudi, 10 Mars 2022

SION

16.30-17.30 **MODULE 1**

«Red flags» et «check-lists»

- Les bonnes questions à poser aux patients  
MICI qui téléphonent au cabinet

Tandem  
Christian MOTTET  
Séverine DIAMANTINI

- Les contrôles réguliers (check-lists) recommandés: vaccins, vitamines, endoscopies etc

# Reconnaître des situations à risque (Red Flags) lors d'un appel téléphonique ou avant une perfusion

**Séverine DIAMANTINI**

## **Plan de la présentation**

Définition «red flags»

Douleurs

Questions pour évaluer l'activité de la m. de Crohn / de la colite

Fièvre

Diarrhées

Sang

Constipation

Douleurs articulaires

Symptômes respiratoires

# Red Flags = Signes d'alerte



- "**Red flag signs and symptoms**" : utilisé en médecine pour désigner les signes et les symptômes qui indiquent un besoin urgent de traitement, ou indiquent une condition grave.

# Red Flag = Signe d'alerte

## Exemple – douleurs thoraciques



### LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER FACE À UNE DOULEUR À LA POITRINE

Face à une **douleur au niveau du thorax**, certains symptômes doivent vous alerter :

La douleur :

- est brutale, intense et « serre » la poitrine,
- dure plus de cinq minutes et ne disparaît pas au repos,
- ne cède ni spontanément, ni après la prise de trinitrine (si la personne est traitée pour angine de poitrine),
- s'étend vers la mâchoire, les bras, votre dos, le cou et l'abdomen,
- est plus vive lors de la respiration.

### SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA CRISE CARDIAQUE



SOUFFLE  
COURT



DOULEUR DANS  
LA POITRINE



NAUSÉES OU  
VOMISSEMENTS



ANXIÉTÉ



SUEURS



ETOURDISSEMENTS



# Consultation téléphonique

## Demander

nom/prénom

date de naissance

**ouvrir** son dossier médical

n° tél du patient auquel il sera joignable



## Consultation : l'anamnèse

**Laisser parler** le patient sans l'interrompre.

**Résumer** les symptômes décrits pour voir si on a bien compris

- le ***symptôme principal*** est ...
- puis ***compléter*** l'anamnèse : questions précises ...

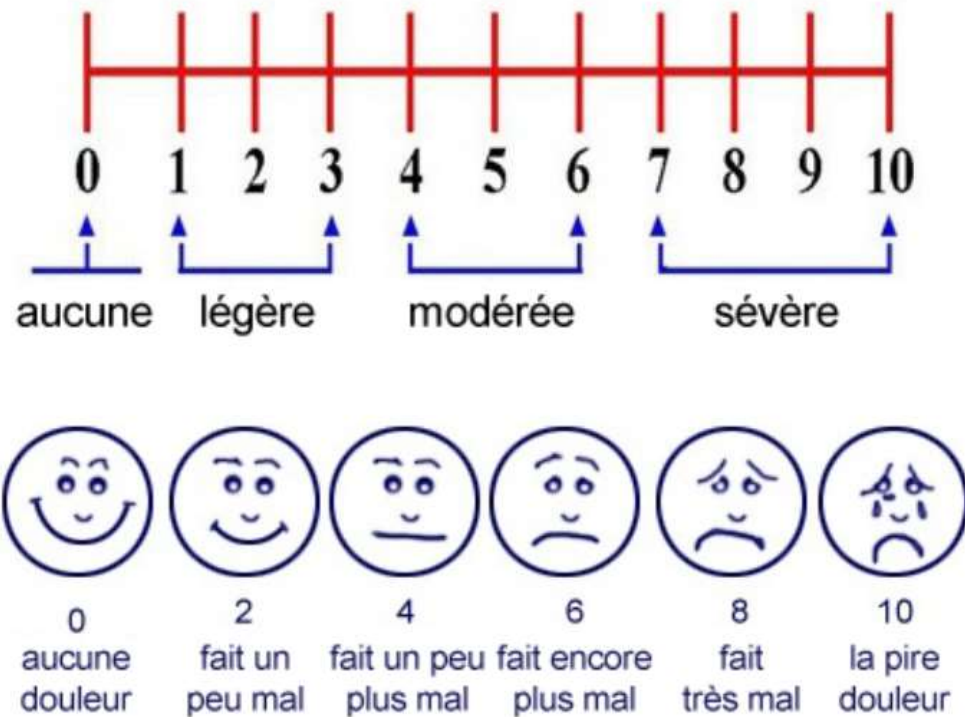
Demander le **traitement actuel** :

- depuis quand ? dose ?
- immuno-suppression ? prednisone, azathioprine/imurek, biologiques ...
- a déjà pris un médicament en ***auto-médication*** (anti-douleur, prednisone, autre ) ?

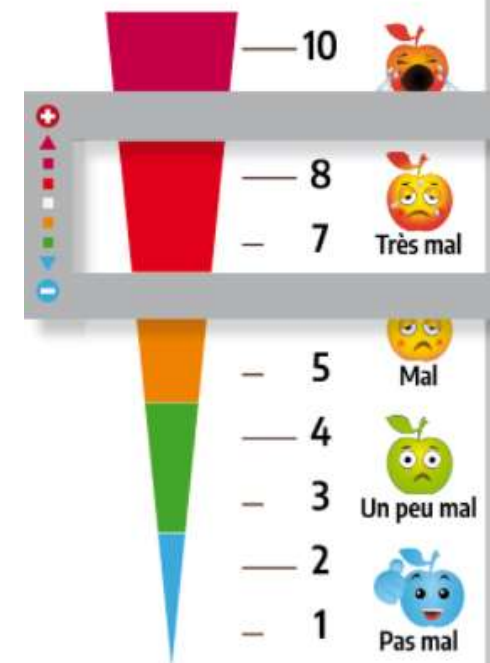
# DOULEURS ABDOMINALES

Douleur *habituelle* ou *inhabituelle / nouvelle*?

Intensité sur échelle de 0 à 10 (10 étant le maximum)



ÉCHELLE DE LA DOULEUR



# DOULEURS ABDOMINALES Red Flags

- **Qu'est-ce qui parle** plutôt en faveur d'une cause bénigne vs grave **dans l'anamnèse?**
- **Plutôt bénin / sans gravité :**
  - Caractère connu de la douleur
  - En fonction du transit des selles
  - Ballonnements simultanés habituels, sensation de plénitude
  - De courte durée, d'intensité légère (0-3)
- **Plutôt grave /dangereux :**
  - Caractère *inconnu* de la douleur, de début *soudain*, dlrs *très intense* (7-10)
  - Douleur *continue*, en *crescendo*
  - Avec *Fièvre, Vomissements, Arrêt du transit*
  - Vertiges, perte de connaissance
  - *Opéré* récemment ou *sténose connue* (régime sans résidu !)



# DOULEURS ABDO : poser les questions suivantes

Type de douleur ? :

-*crampes* ? (p.e. par vague = colique : *calculs rénaux/ biliaires* 10/10)



LA COLIQUE  
NÉPHRÉTIQUE



-*ballonnements* (gonflements) ?



-*en barre* ? p.e. pancréatite

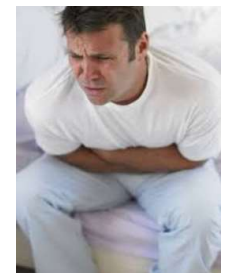
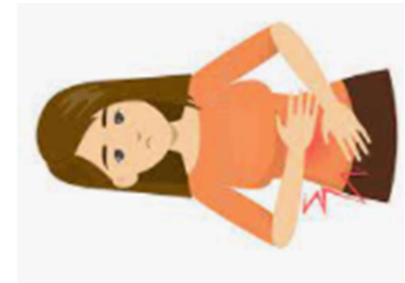


-*brûlure* épigastrique irradiant en rétrosternale (p.e. *reflux* )



## DOULEURS ABDO : poser les questions suivantes

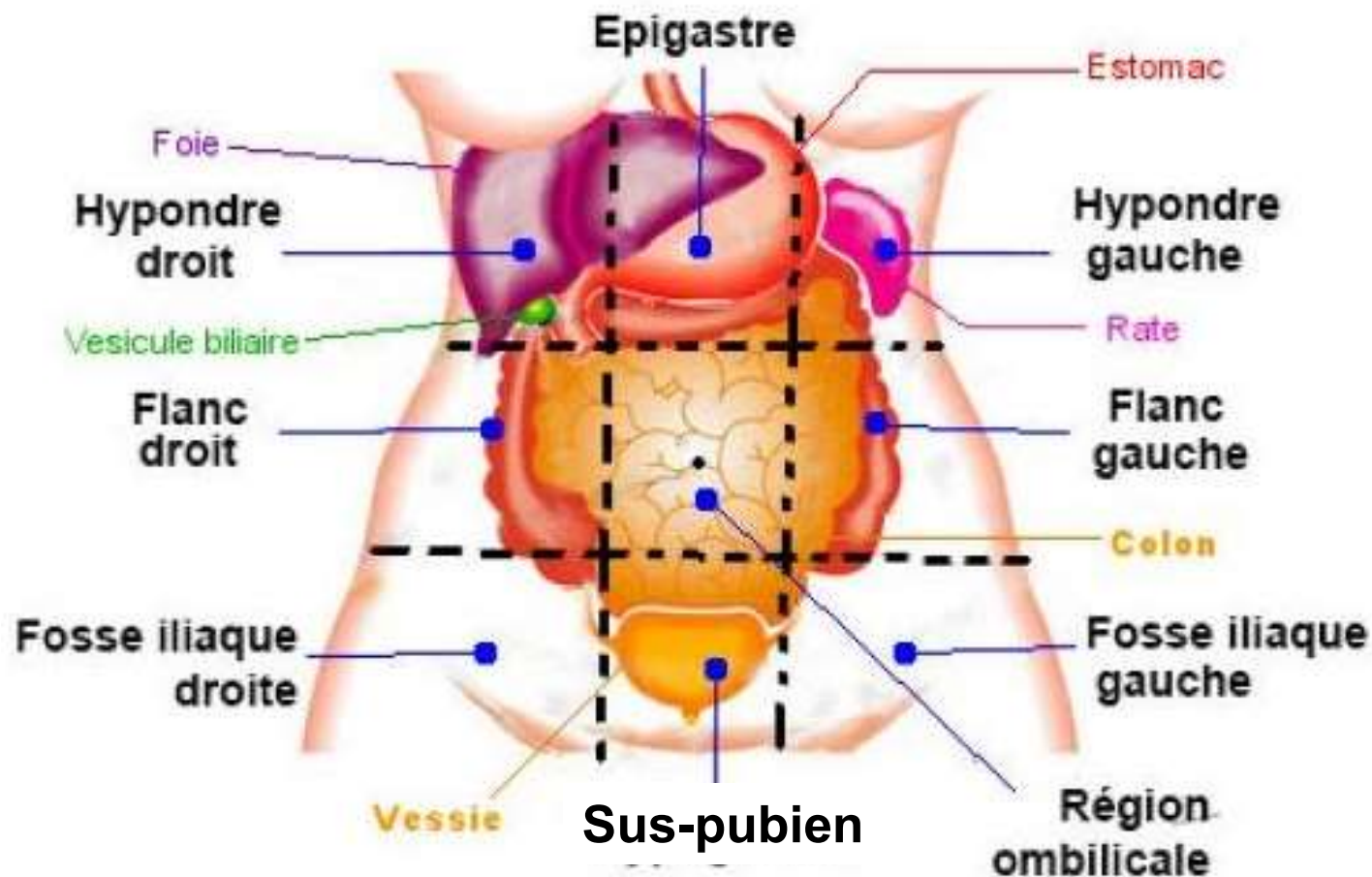
- depuis quand ? années / mois / jours / heures
- intermittentes ? douleurs viennent et repartent / par vagues
- constantes ? en crescendo
- arrêt du transit ? quand la dernière selle?
- facteurs déclenchant ?
  - un mouvement ? une position ? palpation : défense/détente?
  - par la prise alimentaire ? Repas gras (p.e. calcul biliaire), ulcère, sténose
  - améliorées après avoir été à selles ?
- facteurs améliorant
  - une position ?
  - un mouvement ?
  - immobilité ? : position en «chien de fusil» = forme un S



# DOULEURS ABDOMINALES Red Flags

## Localisation

*endroit précis* (très précis p.e un doigt ≠ abdominal)  
ou *diffus* ?



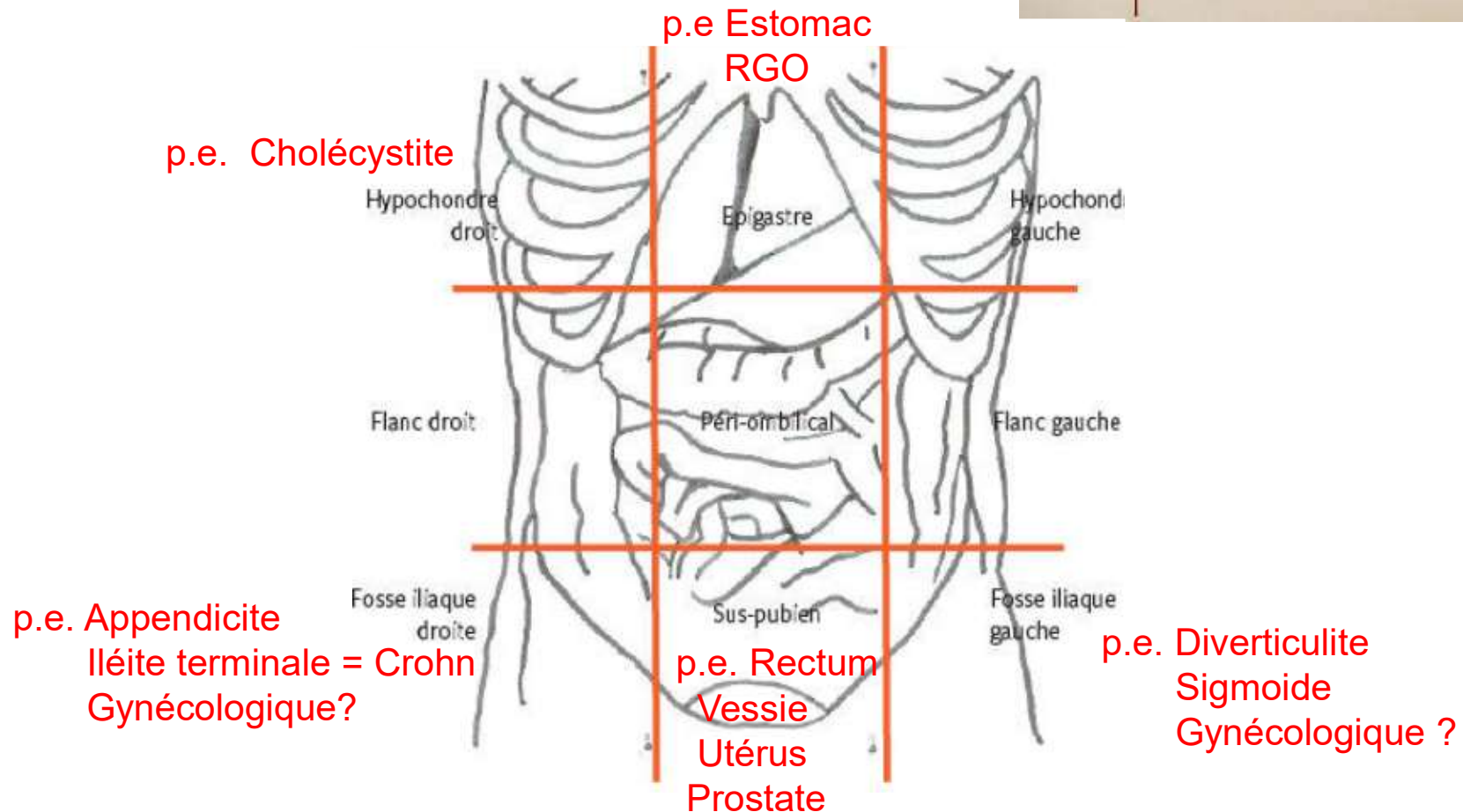
# DOULEURS ABDOMINALES Red Flags

## Localisation

Epigastre : ~estomac

FID : fosse iliaque droit **appendicite** / **Crohn**

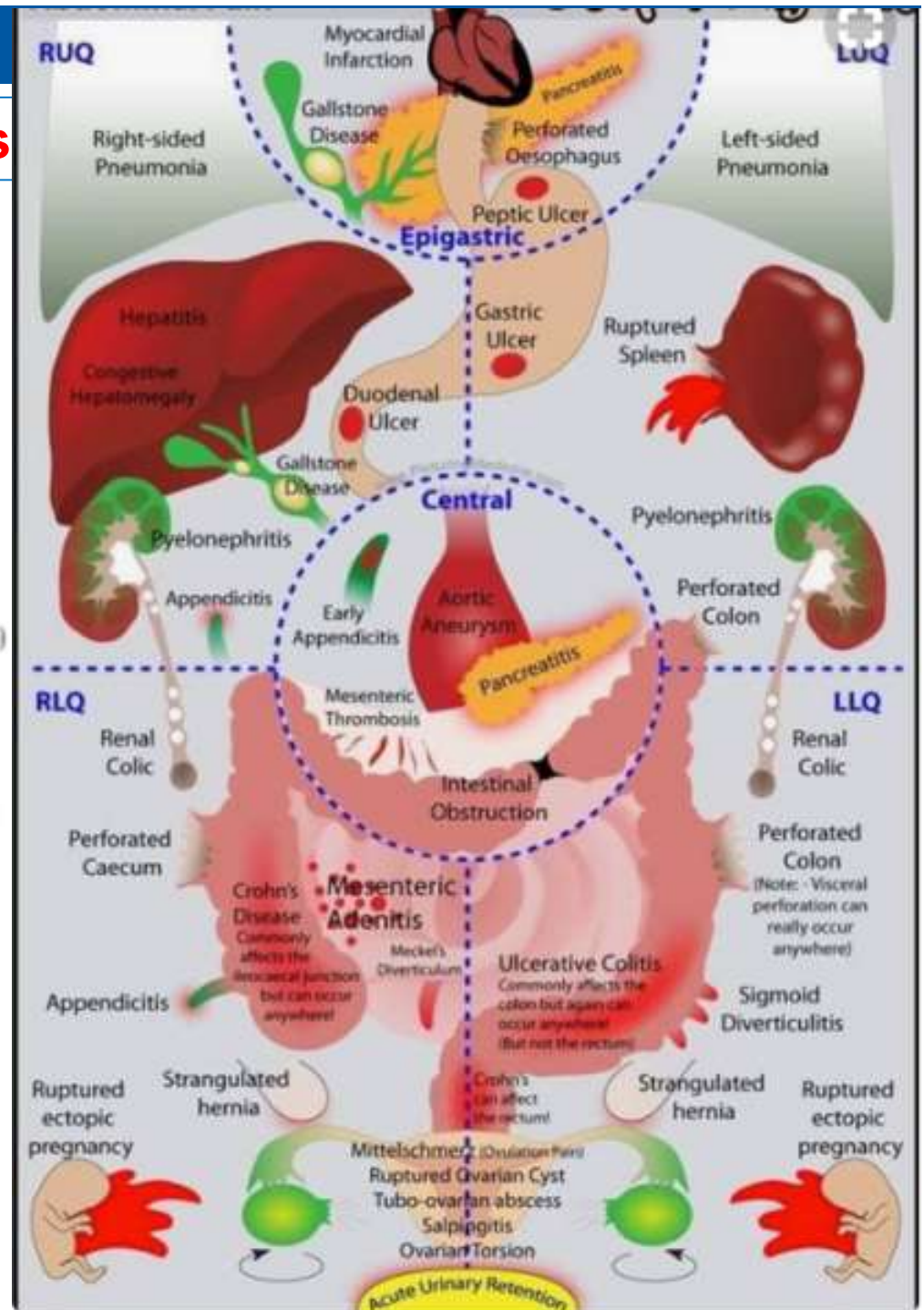
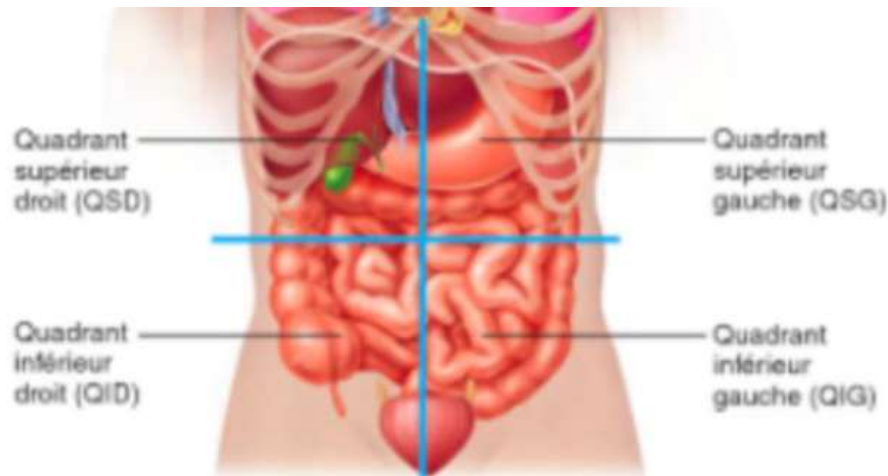
FIG : diverticulite












# Red flags douleurs abdominales

## Localisation



## Questions pour évaluer l'activité de la m. de Crohn / de la colite

- **Etat général** ? normal, diminué, très malade  
Fatigue ? ..... dont anémie (pâleur)
- **Fièvre** ? Frissons? Sudation?
- **Selles** :
  - Fréquence ? = nombre de selles  
... pdt la **journée** et pdt la **nuite**
  - Consistance ? solides - formées - molles -  
glaires - diarrhées liquides ?

Type 1		petites boules dures e détachées, comme des noi- settes- difficiles à évacuer
Type 2		forme d'une saucisse, dures et grumeleuses.
Type 3		comme une saucisse, avec des craquelures sur la surface
Type 4		comme une saucisse ou un serpent, lisse et douce
Type 5		petits fragments mous, avec des bords nets- néanmoins aisés à évacuer
Type 6		petits fragments, duve- teux aux bords irréguliers, selles détrempées
Type 7		entièrement liquides, aucun fragment solide

Echelle de Bristol

-Urgences ? selles "impérieuses", possible de retenir ?

- Présence de **sang** ? traces occasionnelles? sur les selles / le papier?  
à chaque exonération? diarrhées sanglantes? méléna?
- **Fistule ? Abscess ?**  
Écoulement? Pus? Boule? Douleurs anales/rectales (fissure, hémorroïdes, ...) ?

# Red flags FIÈVRE

- $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$  "Il n'y a pas de limite supérieure unique convenue pour la température nle, les sources utilisant des valeurs comprises entre 37,5 et 38,3  $^{\circ}\text{C}$ "
- A t elle été mesurée ?  $\rightarrow$  mesure avec un thermomètre
- A combien exactement ?
- Depuis combien de jours?
- Frissons solennels ? (= tremblement de tout le corps sans pouvoir les contrôler)
- Prise d'un médicament pour faire baisser la fièvre ?
- Sous immuno-suppression (prednisone, azathioprine/Imurek, biologiques ...) ?
- Autre symptômes concomitants:
  - ▶ douleurs abdominales (crampes ? diarrhées ?),
  - ▶ douleurs (péri) anales ?
  - ▶ toux ? dyspnée (difficulté à respirer)?
  - ▶ Vaccination contre la grippe ? covid
  - ▶ brûlures mictionnelles (en urinant), besoin d'aller souvent uriner
  - ▶ gorge ? sinusite ? céphalées ?
  - ▶ violents maux de tête, raideur de nuque
  - ▶ peau ? rougeole, varicelle, infection, zona ....
  - ▶ Nausées ? Vomissements ? possible de s'alimenter de s'hydrater?
  - ▶ Voyage récent à l'étranger ?



# Red flags FIÈVRE

Quand la fièvre est-elle **inquiétante** ?

- Plus elle est haute
- Plus elle dure
- En présence :
  - d'une immuno-suppression
  - de frissons solennels
  - d'une raideur de nuque/fortes céphalées



## **Red flags DIARRHÉES**

diarrhées du point de vue médicale

= selles plus que 3x/jours

de consistance molles à liquide

⚠ si selles  $\geq$  à 6x/jours

MAIS pour les patients cela signifie souvent  
des selles liquides sans notion de fréquence!



## **Red flags DIARRHÉES**

- Fréquence exacte / volume (= **quantité**)
- Avec/sans **sang, diarrhées sanglantes**
- **Durée** dans le temps
- Symptômes associés
  - **fièvre / frissons**
  - **nausées/vomissements**
  - **⚠** impossibilité de s'hydrater → **déshydratation** (urine peu, très foncées?)
- Demander si ...
  - **contamination** (famille/entourage aussi atteint ? grippe intestinale)
  - **intoxication** alimentaire ? aliment mal-cuit / avarié (poulet, œufs, mayonnaise, tartare ... généralement avec vomissements associés)
  - **voyage** récent : où ?
  - **prise d'antibiotique récemment ?** Clostridium difficile



Si **diarrhées** tjrs **penser à une possible infection**

avec les **nouvelles méthodes de détection par PCR de pathogènes dans les selles** nous trouvons **de plus en plus de pathogènes à traiter !**

## PCR multiplex

- Principaux tests commercialisés en Suisse:
  - BioFire FilmArray (BioMérieux)
  - xTAG GI pathogen panel (Luminex)
  - BDmax (Beckton Dickenson)
- Détectent entre 3 et 22 pathogènes
- Prix: variation importante entre différents laboratoires.



# Red flags CONSTIPATION

- **Fréquence** de l'exonération : x fois/sem ?
- **Consistance** des selles ? petites dures / liquide
- Avec du **sang** ?
- **Depuis quand** ?
- **Nouveau** - depuis longtemps - de manière récurrente ?
- Plutôt **aiguë / subite** ?
- **Arrêt** complet du transit ?
- **Vomissements** concomitants?
- **Sténose connue** ?
- **Douleurs** abdominales concomitantes?





# Red flags SANG

**Hématémèse** : vomissement de sang soit rouge soit « marc de café » brun-noir. P.e. *varices œsophagiennes, ulcères gastrique / duodéal ...*

**Rectorragies** : sang rouge par l'anus. P.e. *saignement diverticulaire, RCUH, tumeur ...*  
Si slmt **sur** les selles et sur le papier → du canal anal: *-fissure (dlrs au passage de la selle?), -hémorroïdes (+/- prolapsus ?)*

**Méléna** : selles noires, souvent pâteuses et nauséabondes, p.e. *saignement du tractus digestif haut, du colon droit*



## Red flags SANG

Depuis quand? Combien de fois?

Quantité?

Douleurs associées?

Orthostatisme?

Liste des **médicaments**

Antidouleur de type AINS :

→ulcère?

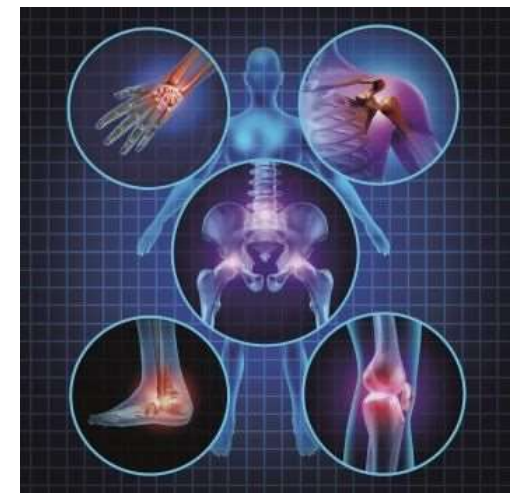
*Anticoagulation: Sintron, NACO*

*Anti plaquettaire*



# Red flags DOULEURS ARTICULAIRES

- NB Fréquents en cas de MICI
- Questions à poser :
  - le matin (caractère inflammatoire) ? vs. le soir (plutôt mécanique arthrose) ?
  - aiguës vs. chroniques ?
  - une vs. plusieurs articulations ?
  - articulation très chaude ?
- Quand est-ce potentiellement **inquiétant** ?  
en particulier si associées avec fièvre / frissons



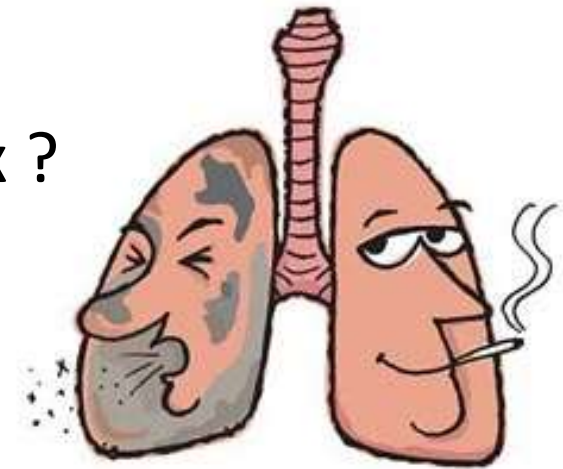
# Red flags : Symptômes respiratoires

## Toux, dyspnée, douleurs thoraciques

Généralement banal, infection virale

Quand est-ce **potentiellement dangereux** ?

- Quelle est la durée des symptômes ?
- Médication : si immunosuppression ?
- Symptômes d'accompagnement :
  - >fièvre, frissons, expectorations jaunâtres verdâtres
  - >dyspnée (sensation de manque d'air)
    - dyspnée soudaine
    - douleurs thoraciques
    - douleurs respiro-dépendantes
    - crachats de sang, jambe enflée



embolie pulmonaire

## Symptômes / signes d'alerte

Douleurs abdominales nocturnes

Symptômes abdominaux débutant à > 50 ans

Fièvre

Diarrhées profuses / sanglantes / fébriles

Constipation nouvelle / arrêt du transit

Hémorragie gastro-intestinale (hématochézie, méléna)

Dyspnée fébrile ou soudaine

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Questions ?

# Les contrôles réguliers (check-listes) :

vaccins, oligo-éléments & vitamines, endoscopie, «l'agenda caché»

Dr Christian MOTTET, Privat docent, PhD Oxford  
Centre Sédunois de Gastroentérologie SA, Sion

Jeudi, 10 Mars 2022

SION

16.30–17.30 **MODULE 1**

«Red flags» et «check-lists»

– Les bonnes questions à poser aux patients  
MICI qui téléphonent au cabinet

– Les contrôles réguliers (check-lists) recommandés: vaccins, vitamines, endoscopies etc

Tandem

Christian MOTTET

+ Person

Tandem

Christian MOTTET

Séverine DIAMANTINI



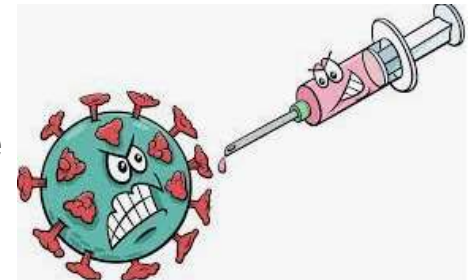
# Les contrôles réguliers (check-liste) : vaccins

## Pourquoi vacciner les patients atteints d'une MICI ?

Les patients atteints d'une MICI présentent un risque accru d'infections grippales et de pneumonies à pneumocoque. Ceux sous immunosuppression présentent également un risque accru d'infections opportunistes et de complications.

La vaccination est une mesure efficace de prévention des infections, des complications graves

→ La prévention des risques infectieux par la vaccination doit être envisagée **dès le diagnostic** de MICI.



### Généralités

1. Aucune preuve de poussée induite par un vaccin.
2. Le statut vaccinal doit être déterminé rapidement suite au diagnostic, puis réévalué chaque année.
3. Tous les vaccins sont vivement recommandés avant une immunosuppression (lorsque la maladie est inactive).
4. Toutefois, chez les patients atteints d'une MICI sévère active, la priorité doit être de débiter un traitement; des vaccins inactivés peuvent également être administrés pendant un traitement immunosuppresseur.





## Les contrôles réguliers (check-liste) : vaccins

• Les **vaccins vivants** sont **contre-indiqués** chez les sujets recevant un immunosuppresseur, une biothérapie et/ou corticothérapie (> 20mg/j d'équivalent prednisone depuis plus de 2 semaines).

~~**BCG** Tuberculose~~

~~**ROR** Rougeole, Oreillons, Rubéole~~

~~**Rotavirus**~~

~~**Fièvre jaune**~~

~~**Polio orale**~~

~~**vaccination orale contre la fièvre typhoïde Vivotif<sup>®</sup>**~~

~~**Varicelle**~~

# Les contrôles réguliers (check-liste) : vaccins

Vaccin **grippe** chaque année

Vaccin **VHB** (Virus Hépatite B) si non immunisés et à risque

Vaccin **pneumocoque** (Prevenar 13 ®)

Vacciner **HPV** les jeunes filles et femmes (<19 ans) et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (< 26 ans).

Vacciner contre le **VZV Varicelle** les patients non immunisés si anamnèse (et / ou sérologie) négative (**Varivax** ou **Varilrix**)



**Vaccin VIVANT** ! Au moins un mois avant de commencer une immunosuppression



Si ttt par inhibiteur JAK inhibiteur :  
→ **Shingrix®** = vaccin recombinant avec adjuvant pour prévenir la survenue de **Zona**  
2 doses 2 mois d'intervalles



# Programme vaccinal pour patients atteints d'une MICI (modifié d'après Réf. 6)

Programme vaccinal propre à la MICI	Posologie et calendrier	Type de vaccin	Lors du diagnostic	Au cours du suivi
Grippe inactivée (quadrivalent ou haute dose)	Vaccination annuelle recommandée pour tous les patients sous traitement immunosuppresseur, conformément aux directives nationales.	Inactivé		✓
Zona recombinant (RZV) privilégié*	Pour tous les patients ayant >50 ans. Envisager chez les patients ayant moins de 50 ans, présentant un risque accru d'infection par le zona.	Inactivé		
Zona vivant (ZVL)	Utiliser uniquement si le RZV n'est pas disponible et que le patient est immunocompétent.	Vivant atténué		
Pneumococcique conjugué 13-valent (PCV13) <sup>13, #</sup>	Une seule dose de PCV13. La vaccination avec PCV13 est recommandée chez les patients déjà vaccinés avec PPV23, après 1 an au moins.	Inactivé	✓	✓
Hépatite A (HepA)	Envisager la vaccination contre l'hépatite A. Programme et posologie selon les directives nationales.	Inactivé		✓
Hépatite B <sup>§</sup>	Programme en série de trois doses. Des rappels supplémentaires peuvent être nécessaires selon le niveau de séro-protection. Contrôler le titrage régulièrement.	Inactivé	✓	✓
Programme vaccinal de routine				
Tétanos, diphtérie, coqueluche (Tdap)	Les directives suisses actuelles recommandent Tdap tous les 20 ans jusqu'à 60 ans, puis tous les 10 ans. .	Inactivé	✓	✓
Vaccins méningococciques	Chez les patients présentant un risque élevé de maladie méningococcique invasive. Programme et posologie selon les directives nationales.	Inactivé	✓	✓
Papillomavirus humain (HPV)	2-3 doses selon l'âge, pour les patients non vaccinés des deux sexes.	Inactivé	✓	✓
Rougeole, oreillons, rubéole	Les adultes ne justifiant pas d'une immunité doivent recevoir 2 doses espacées d'au moins 28 jours.	Vivant atténué <sup>Δ</sup>	✓	
Varicelle	2 doses espacées de 4-8 semaines <b>uniquement</b> chez les patients n'ayant pas d'antécédent de varicelle ou de zona, n'ayant pas été vaccinés antérieurement et ayant une sérologie négative pour la varicelle-zona.	Vivant atténué <sup>Δ</sup>	✓	
SARS-CoV2 (ARNm) <sup>11</sup>	2 doses idéalement espacées de 28 jours.	Inactivé	✓	
Méningo-encéphalite au début de l'été (TBE)	Trois peuvent schématiser. En règle générale, il devrait y avoir 1 à 3 mois entre les deux premières doses, la dernière dose ensuite avec un intervalle de 5 à 12 mois. Des doses supplémentaires sont alors recommandées tous les 10 ans.	Inactivé	✓	✓

\* Pas encore approuvé en Suisse (04/2021) | \*\* demi-vie d'élimination des médicaments >5 | Δ Vivement recommandé avant l'immunosuppression | # Vaccins pneumococciques : conformément au bulletin 8 de l'OFSP, 02/20144, un seul PCV13 (Prevenar®). PCV13 chez l'adulte non prise en charge par l'assurance de base obligatoire en Suisse. Aucun rappel de vaccination n'est recommandé. | § Actuellement, la vaccination combinée (hépatites A et B, Twinrix®) n'est pas prise en charge par l'assurance de base obligatoire en Suisse.

# Vaccine card (IBD Patients)

## Fiche récapitulative des vaccins destinés aux patients atteints d'une MICI

### Données personnelles

Nom

Prénom

Date de naissance

### Diagnostic

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique
- Colite indéterminée

### Traitement

Agent biologique

Dose

Date de début

### Nom et dose

Corticostéroïdes

Autres immunosuppresseurs

### Allergies connues

**N'est pas un document officiel**

#### Clause de non-responsabilité:

Ce document n'est pas officiel et ne remplace en aucun cas un passeport vaccinal. Au contraire, cette forme de recommandation doit servir à faciliter la vaccination des patients atteints de MICI.

Gastroentérologue en charge du dossier (cachet et signature)

## Recommandations relatives à la vaccination des **patients adultes# atteints d'une MICI**

Les patients atteints d'une MICI traités par immunomodulateurs ou immunosuppresseurs présentent un risque accru d'infections opportunistes et de complications. Par conséquent, d'un point de vue gastroentérologique, les vaccinations suivantes sont vivement recommandées pour ce patient

Vaccination de routine	Primo-vaccination	Rappels	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Tétanos, diphtérie, coqueluche</b>   Tdap Boostrix</li> </ul>		MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	Tdap tous les 20 ans jusqu'à 60 ans, puis tous les 10 ans.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Papillomavirus humain</b>   HPV Gardasil 9</li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA		2-3 doses selon l'âge, pour les patients non vaccinés des deux sexes.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Virus de la méningo-encéphalite à tiques</b> Encepur-N   FSME-immun</li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	3 doses. Des doses supplémentaires sont ensuite recommandées tous les 10 ans.
<b>Vaccins propres à la MICI</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Grippe</b> Fluarix Tetra   Vaxigriptetra   Influvac Tetra</li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	Tous les ans.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Pneumocoque</b>   PCV13 Prevenar-13</li> </ul>	MM/AAAA		Une seule dose.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Hépatite A   B</b> HAV : Havrix HBV : Engerix, HBVAXPRO, HAV-HBV : Twinrix (HAV-HBV)</li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	2-3 doses selon la formulation. Des doses supplémentaires peuvent être nécessaires selon le niveau de séro-protection.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Zona</b> RZV (recombinant zoster virus) : Shingrix* ZVL (zoster vaccine live) : Zostavax</li> </ul>	MM/AAAA		RZV : Pour tous les patients ayant > 50 ans. Envisager chez les patients > 50 ans, présentant un risque accru de zona. ZVL : Utiliser uniquement si le RZV n'est pas disponible et que le patient est immunocompétent
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>SARS- CoV2</b>   ARNm Comirnaty Covid-19 Vaccin Moderna contre la Covid-19</li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA		2 doses.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Autre</b></li> </ul>	MM/AAAA MM/AAAA MM/AAAA	MM/AAAA MM/AAAA	

\*Pas encore approuvé en Suisse. | #Ces recommandations reposent sur l'hypothèse d'une vaccination complète durant l'enfance.

# Les contrôles réguliers (check-liste) : oligo-éléments & vitamines

Fer

Vitamine B12 & acide folique

Vitamine D et calcium

Zinc

Faut- il doser?

À quelle fréquence contrôler?

Quand supplémenter et comment?

Mais cela ne remplace pas de **PESER le patient à chaque consultation !**



ESPEN Guideline

## ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease

Stephan C. Bischoff <sup>a, \*</sup>, Johanna Escher <sup>b</sup>, Xavier Hébuterne <sup>c</sup>, Stanisław Kłęk <sup>d</sup>,  
Zeljko Krznaric <sup>e</sup>, Stéphane Schneider <sup>c</sup>, Raanan Shamir <sup>f</sup>, Kalina Stardelova <sup>g</sup>,  
Nicolette Wierdsma <sup>h</sup>, Anthony E. Wiskin <sup>i</sup>, Alastair Forbes <sup>j</sup>

### **Recommandation 6**

Les patients atteints de MICI devraient être **contrôlés** pour des carences en micro-nutriments **sur une base régulière** et les **déficits** spécifiques doivent être **corrigés** de manière appropriée.

### **Recommandation 38A**

Chez les **patientes** atteintes d'une **MICI** qui sont **enceintes**, le **statut en fer** et **les taux de folates** doivent être contrôlés régulièrement et, en cas de carence, le fer et/ou la vitamine B9/acide folique doivent être supplémentés.

Un **supplément multivitaminé quotidien** peut **prévenir** la plupart des carences, mais **ne garantit pas** une supplémentation suffisante en cas de carence sévère et au long court en particulier si mauvaise absorption en raison d'une maladie active.

# ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease

## Recommandation 7A

La supplémentation en fer est recommandée chez tous les patients atteints de MICI en cas d'**anémie ferriprive**. Le **but** de la supplémentation en fer est de **normaliser les taux d'hémoglobine et réserve de fer**.

Grade of recommendation A e strong consensus (100% agreement).

**Hémoglobine** transport de l'oxygène nl >120 g/l

**Ferritine** stock de fer nl >30 µg/l

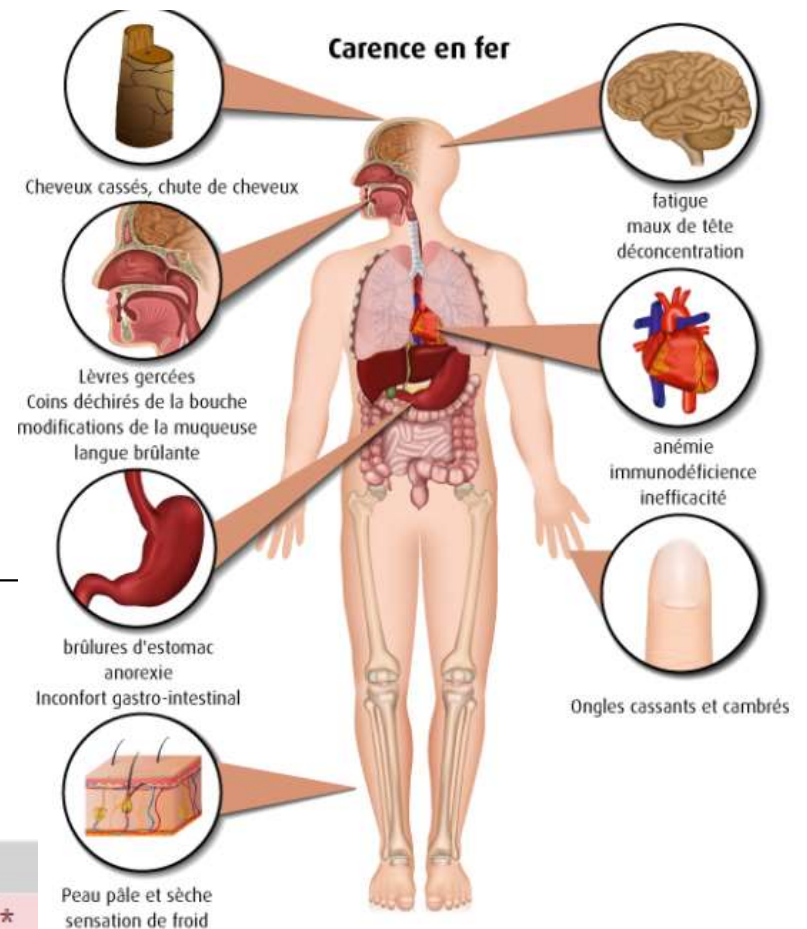
**MCV** grandeur des globule rouge nl > 80 fL

carence en fer → microcytaire < 80fL (petits globules rouges)

Dosages réguliers en fonction de

- l'activité de la maladie,
- des symptômes,
- femme plus à risque !

▼ 20 - HEMATI			
Leucocytes	4,0-10,0 G/L		10,9*
Erythrocytes	4,40-5,90 T/L		3,92*
Hémoglobine	133-177 g/L		101*
Hématocrite	0,40-0,52 L/L		0,31*
MCV	80-100 fL		79*
MCH	26-34 pg		26*





# Les contrôles réguliers (check-liste) : Fer

**Hb** < 120 ♀ / 130 ♂  
et **Ferritine** < 30



**anémie ferriprive**

**Hb** > 120 ♀ et > 130 ♂  
et **Ferritine** < 50 + symptôme



**déficit en fer sans anémie**

Détection du **déficit en fer** par la ferritine  
dans le **contexte inflammatoire**

⚠ la ferritine ↑ en cas d'inflammation  
si CRP < 5 Ferritine < 30  
si **CRP > 5 Ferritine < 100**

si **MICI** calme sans activité inflammatoire  
→ substitution **per os** (**iv** si mal supporté)

si **MICI** **active** avec inflammation  
→ **substitution iv**



# Les contrôles réguliers (check-liste) : Fer

Calcul simple de la quantité de fer nécessaire à substituer

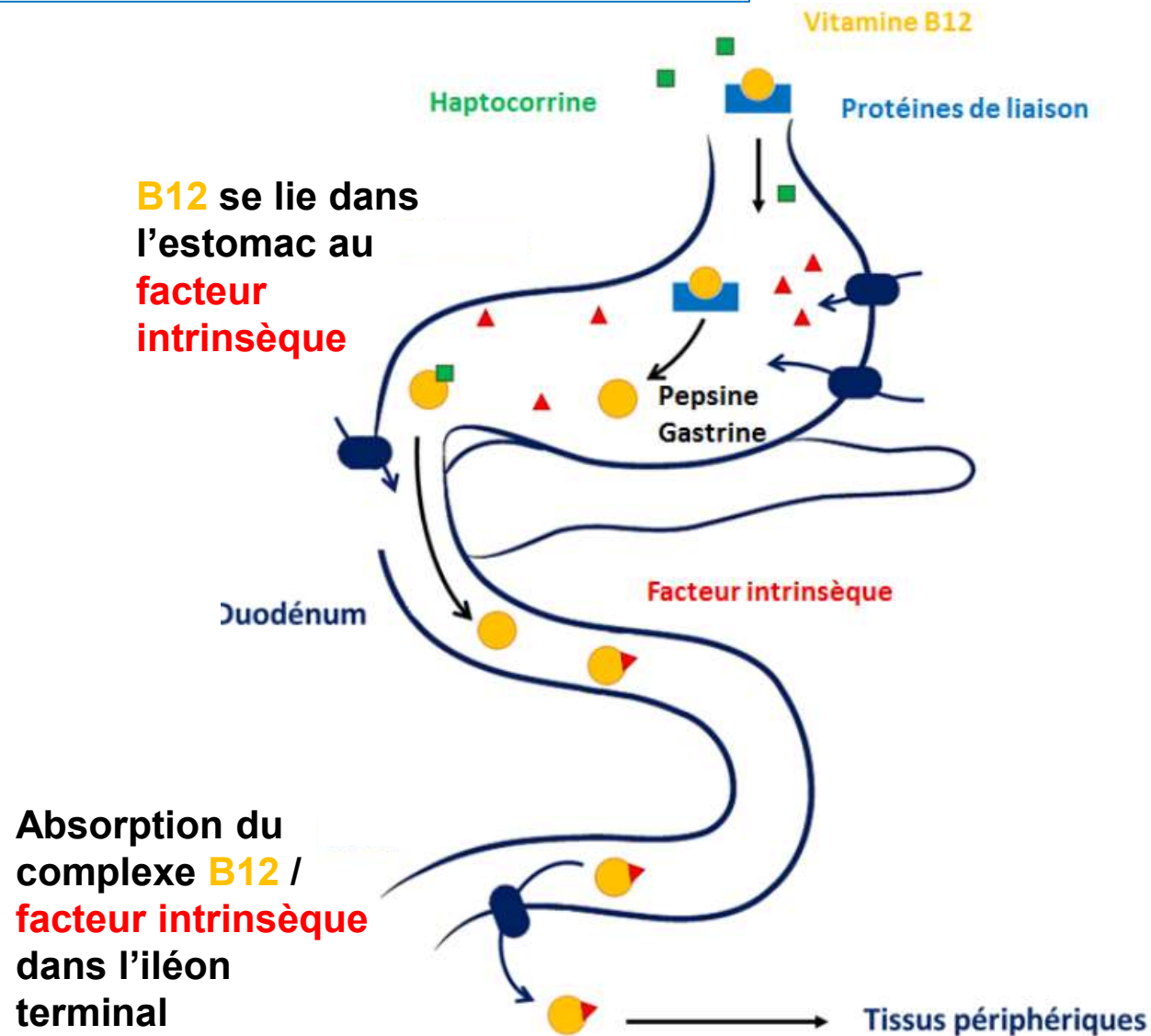
Hémoglobine (g/L)	Poids corporel du patient		
	< 35 kg	de 35 à < 70 kg	≥ 70 kg
< 10	500 mg	1500 mg	2000 mg
de 10 à < 14	500 mg	1000 mg	1500 mg
≥ 14	500 mg	500 mg	500 mg

L'abaque proposé est extrapolé de la formule de Ganzoni et le déficit en fer calculé par :  
 $\text{poids (kg)} \times (\text{Hb cible} - \text{Hb actuelle}) \times 2,4 + 500 \text{ mg}$ , soit 1000 mg ou plus dans la plupart des cas.

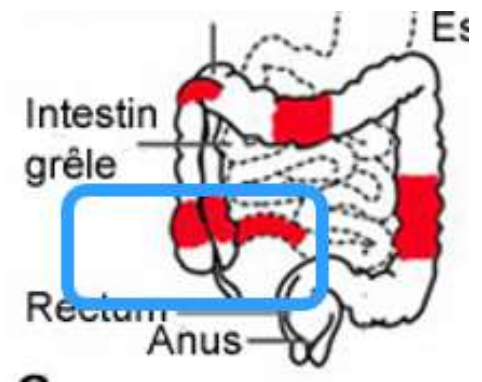


Contrôle ferritine après substitution iv pas avant 8 semaines

# ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease : **Vitamine B12**



## Maladie de Crohn



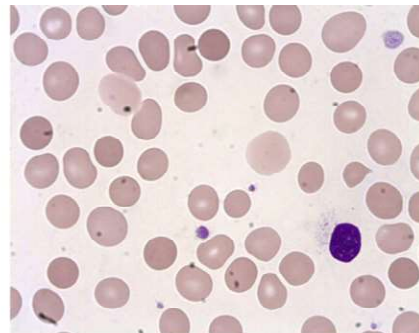
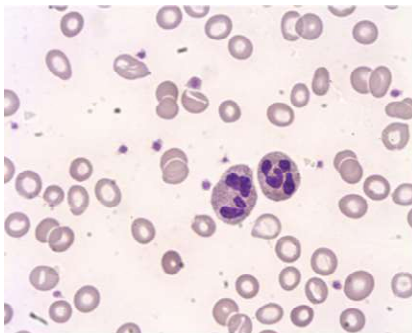
# ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease : **Vitamine B12**

## Recommandation 36

Lorsque plus de 20 cm d'iléon distal est résecté, de la **vitamine B12** doit être administrée aux patients atteints de la MC.



## Symptômes hématologiques



**Anémie microcytaire**  
manque de fer

vs

**macrocytaire**  
manque de **vitamine B12**  
ou d'**acide folique**

## neurologique

polyneuropathie périphérique



**Fourmillement  
brûlure**

# ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease : **Vitamine B12**

**Tableau 4**  
**Cut-off de la cyanocobalamine communément admis**

Taux	Conclusions
> 300 pmol/l	Déficit improbable
Entre 150 et 300 pmol/l	Zone grise
< 150 pmol/l	Déficit très probable

**Tableau 5**  
**Proposition de traitement d'une carence en vitamine B12**

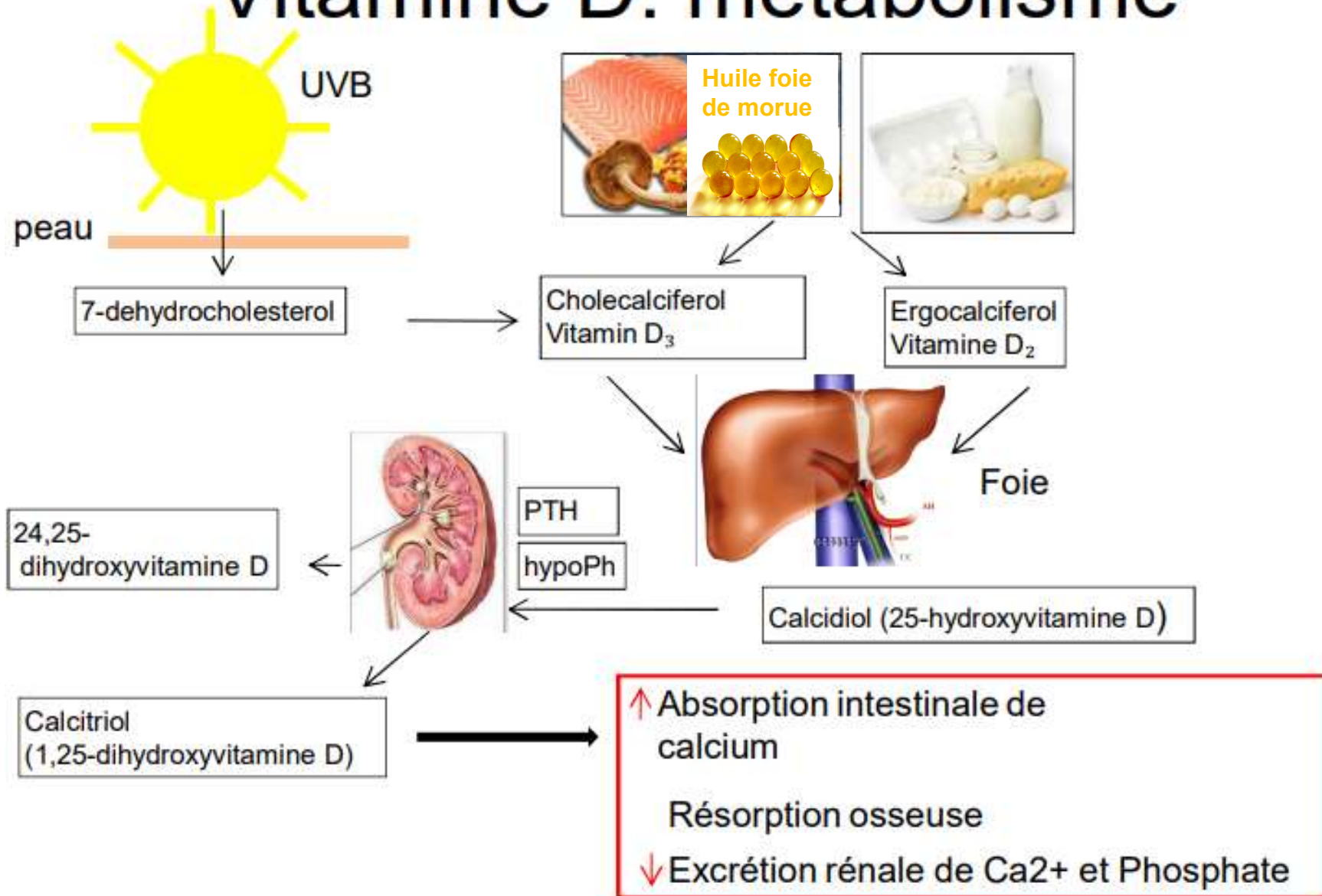
Etiologies	Administration IM ou SC	Administration per os
Atteinte neurologique ou atteinte de la muqueuse iléale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose de charge                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1000 µg 1 x/jour pendant cinq jours puis 1 x/semaine pendant un mois</li> </ul> </li> <li>• Entretien                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1000 µg 1 x/mois au long cours, la fréquence dépendant de la réponse clinique et biologique</li> </ul> </li> </ul>	Encore non indiquée

ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease : **Vitamine "D3**

**Recommandation 11**

Chez les patients atteints de **MICI** (adultes et enfants) présentant une **maladie active** et ceux qui sont **traités par des stéroïdes**, le taux de **calcium sérique et de 25(OH) vitamine D** doit être surveillé et supplémenté si nécessaire pour prévenir le développement d'une **ostéopénie/ostéoporose**.

# Vitamine D: métabolisme



# Les contrôles réguliers (check-liste) : Vitamine D3

Le déficit en Vit D est actuellement un problème majeur de santé publique:

80 % des adultes Suisses ont des taux  $< 75$  nmol/l et  
50 % des taux  $< 50$  nmol/l.

Plus on prend de l'âge, plus le risque de développer un déficit est important (dosage 50CHF substitution pour 1 an 20CHF!).

IBD population à haut risque de déficit en Vitamine D3  
Vitamine D3 a un effet positif :

- sur l'os (permet en particulier de diminuer la perte osseuse lors de traitement par prednisone : **ostéoporose**)
- effet immuno-modulateur
- effet de prévention du cancer colorectal





# Les contrôles réguliers (check-liste) : Vitamine D3

## Supplémentation Vitamine D3

En particulier

**lors de traitement de prednisone  
en automne et pdt l'hivers**



Apport **quotidien** à **800 à 1000** unités / jour,  
ou par des formulations, avec des effets équivalents pour la santé,  
**-hebdomadaires** : **5'600 à 7'000** U/semaine ou  
**-mensuelles** : **24'000 – 30'000** unités/mois ou  
**-tri-mensuelles** : **100'000** unités /3 mois  
peuvent être proposées



# Les contrôles réguliers (check-liste) : Zinc ?



## Cheveux

Chute des cheveux

## Cerveau / Nerfs

Ataxie

Désorientation

Dépression

Héméralopie

Perte du goût et de l'odorat

## Peau

Retard de cicatrisation

Acrodermatite «Gerçures» labiales

## Appareil reproducteur

Infertilité

Hypogonadisme

Oligospermie

## Système immunitaire

Atrophie du thymus

Sensibilité accrue aux infections

## Ongles

Ongles cassants

Retard de croissance

Diarrhées

Perte d'appétit

# Symptômes d'une possible déficience en Zinc

# Les contrôles réguliers (check-liste) : Zinc ?

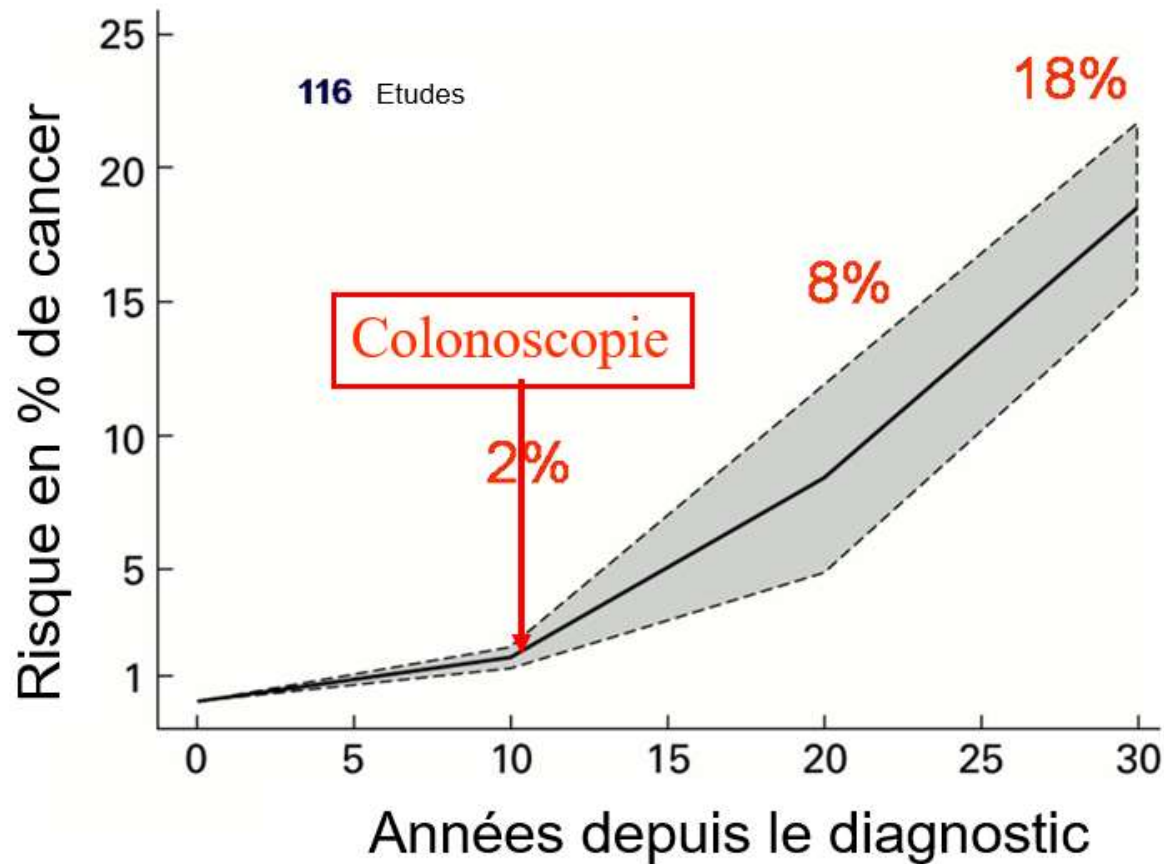
Dosage du Zinc plasmatique  
Valeurs de réf : 10,7 – 18.4  $\mu\text{mol/}$

Substitution si carence par 1Cp/j de 30mg pour 3 mois  
Les comprimés doivent être pris 1 heure *avant* ou 2 heures *après* les repas.



# Les contrôles réguliers (check-liste) : endoscopies

## Colite ulcéreuse: Risque de cancer colo-rectal



Diminution du risque actuellement car maladie mieux traitée avec moins d'inflammation chronique

Aussi valable pour Crohn!!!

## Cancer colorectal dans MICI : Qui et quand dépister

Faire **coloscopie** de référence pour toute MICI **colique** évoluant depuis > de **6 à 8** ans.  
Etablir un **calendrier de dépistage selon le niveau de risque individuel**:

Antécédents familiaux de CCR	1 pt
Extension de la maladie macro- ou microscopique au-delà de l'angle gauche	1 pt
Persistance d'une activité inflammatoire macro- ou microscopique malgré les traitements	1 pt
Pseudopolypes ou sténoses	1 pt

<b>CSP associée à la colite</b>	Annuelle
<b>Antécédent personnel de dysplasie</b>	Annuelle
<b>3-4 points : malades à haut risque</b>	<b>Tous les 1-2 ans</b>
<b>1-2 points : malades à risque modéré</b>	<b>Tous les 3-4 ans</b>

Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 3:



European  
Crohn's and Colitis  
Organisation



## Diapositive 53

---

**A1**

Auteur; 10.03.2022

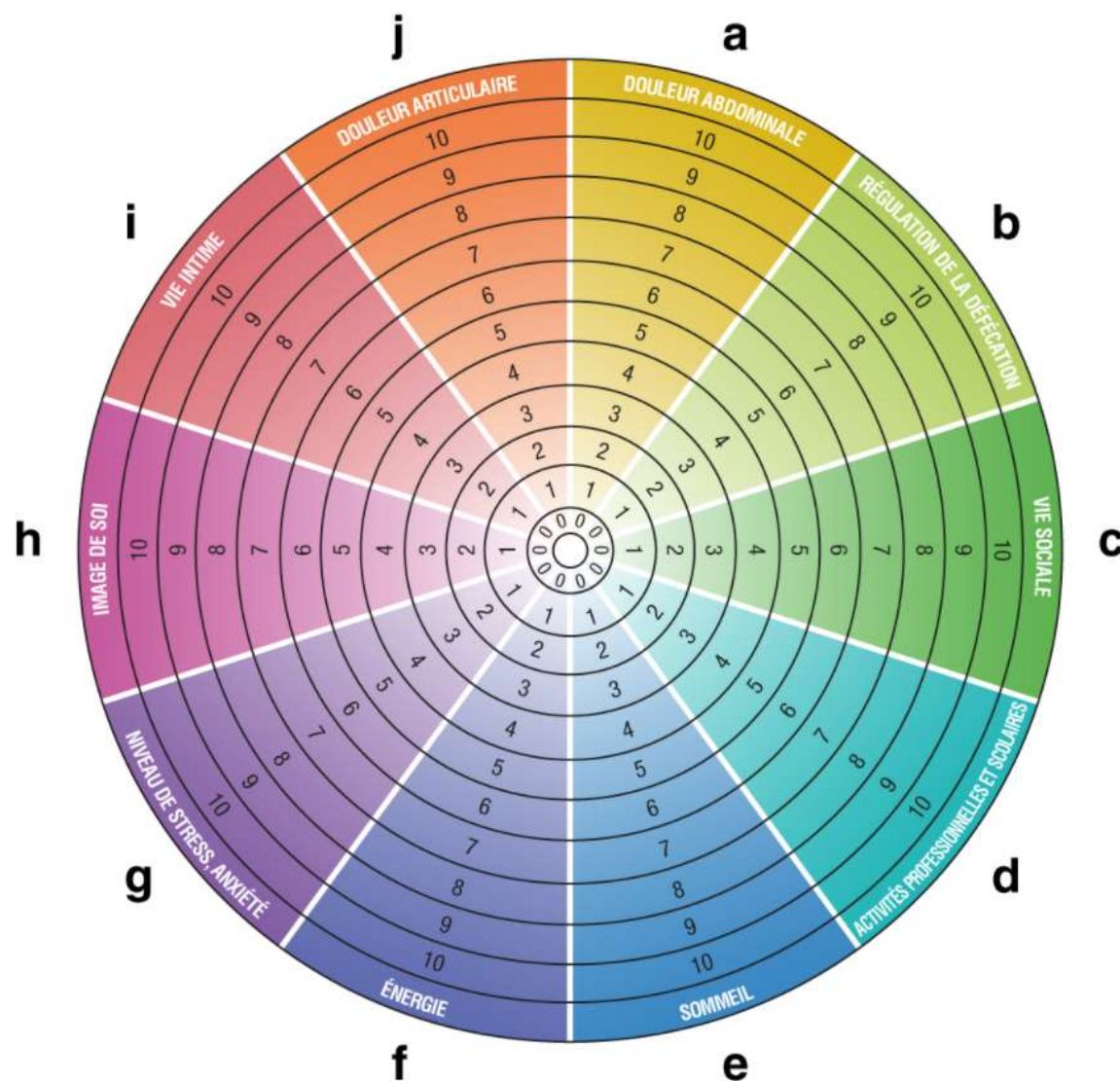
## Red flags : l'AGENDA CACHÉ en consultation

**QUE CACHE L'AGENDA CACHÉ?** Un problème que le patient n'aborde pas de lui-même:

- Situation psychologique aiguë : Anxiété, panique, dépression, tendances suicidaires ?
- Surmenage/surcharge ? Burnout ?
- Problème de travail/perte d'emploi ?
- Séparation/perte ?
- Violence/agression?

- > La recherche d'un agenda caché doit être encouragée
- > Poser la question «quoi d'autre?» permet de construire une relation plus satisfaisante et de découvrir à temps l'agenda caché
- > Lorsqu'un patient présente un syndrome «Au fait, docteur...», le médecin peut prévoir un nouvel entretien pour reprendre le sujet

## **IBD DISK** un outil validé pour évaluer le handicap des patients atteints de MICI, dans la vie de tous les jours



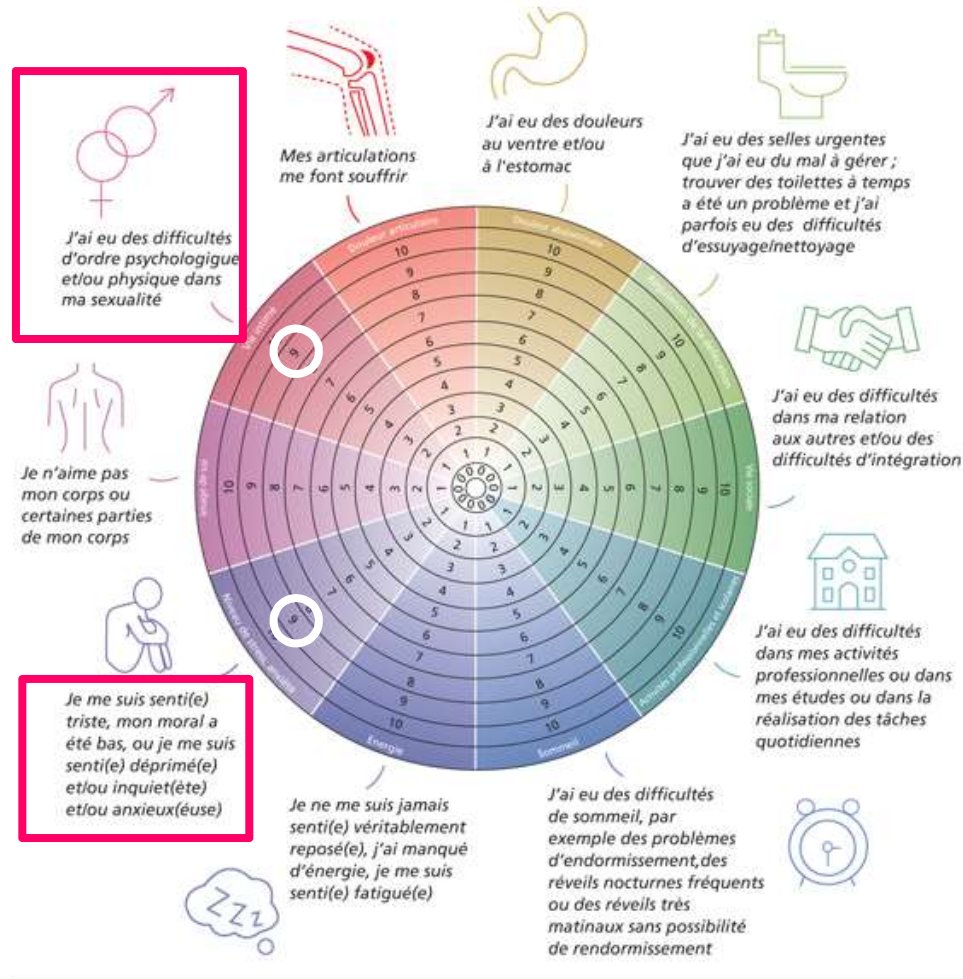
- 10 dimensions de la vie quotidienne évaluées

- Intuitif, simple, visuel

- Support d'échanges entre le personnel soignant et le patient

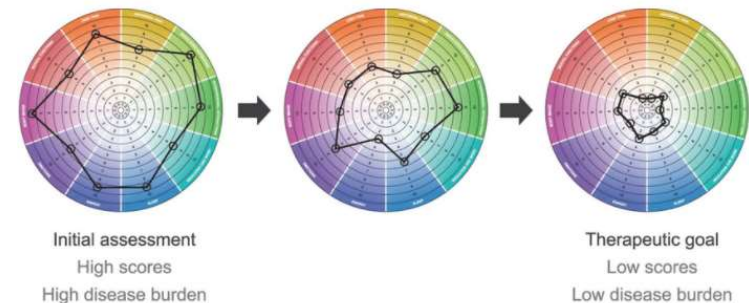


# IBD DISK un outil validé pour évaluer le handicap des patients atteints de MICI, dans la vie de tous les jours



- 10 dimensions de la vie quotidienne évaluées
- Intuitif, simple, visuel
- Support d'échanges entre le personnel soignant et le patient

Pour chaque item, entourez le chiffre qui correspond au ressenti pendant la semaine qui vient de s'écouler



MERCI DE VOTRE ATTENTION

Questions ?

Jeudi, 9 Juin 2022

**LAUSANNE**

16.30–17.30 **MODULE 2**

**Traitements biologiques et JAKs  
le kit de survie pour le personnel soignant**

Tandem  
Pierre MICHETTI  
+ Personne à définir

Jeudi, 8 Septembre 2022

**GENÈVE**

16.30–17.30 **MODULE 3**

**Education thérapeutique et soutien du patient  
(comprenant les Apps et l'entretien  
motivationnel)**

Tandem  
Sophie RESTELLINI  
+ Personne à définir

(German)

- 24 March 2022: Aktuelle Behandlungsoptionen-Checkliste  
**Registration** 
- 16 June 2022: Biologische Behandlung mit JAK Inhibitoren  
**Registration** 
- 22 September 2022: Patientenedukation  
**Registration** 

# Merci beaucoup à nos sponsors!

Sponsor principal



Sponsors

abbvie



**SANDOZ** A Novartis  
Division

