

# Check list

avant de débuter un traitement anti-TNF $\alpha$  au cours d'une MICI



Nom du patient : .....

Date : .....

## LES MESURES INDISPENSABLES

Pathologies	Données cliniques	Examens complémentaires	Conduite à tenir concernant l'anti-TNF	OK
<b>INFECTION EVOLUTIVE</b>	Fièvre, signes d'appel.	<b>NFS, CRP</b> et selon contexte.	Contre-indication temporaire, jusqu'à guérison de l'infection.	<input type="checkbox"/>
<b>ABCES ABDOMINAL</b>	Rechercher des signes cliniques d'abcès.	<b>Imagerie</b> si suspicion.	Contre-indication temporaire, jusqu'à guérison de l'abcès.	<input type="checkbox"/>
<b>ABCES PERINEAL</b>	Rechercher des signes cliniques d'abcès.	<b>Imagerie</b> si suspicion.	Contre-indication temporaire, jusqu'à guérison de l'abcès.	<input type="checkbox"/>
<b>TUBERCULOSE</b>	Rechercher un <b>antécédent</b> de tuberculose latente ou active chez le patient ou son <b>entourage</b> proche, et un <b>séjour</b> en zone d'endémie.  Préciser si vaccination <b>BCG</b> réalisée.  Si oui, date : .....	<b>IDR à la tuberculine</b> (Tubertest) Un test de production d'interféron (Quantiféron ou Elispot) peut être réalisé si disponible. Il peut : 1) détecter une tuberculose latente à IDR négative et 2) éviter un traitement chez un sujet vacciné par le BCG ayant une IDR positive <b>Radiographie pulmonaire</b> de face ; si besoin : TDM thoracique et avis pneumologique .	Contre-indication temporaire - si tuberculose latente, le traitement est possible après au moins 3 semaines de traitement antituberculeux - si tuberculose active, après guérison et au moins 2 mois de traitement antituberculeux.	<input type="checkbox"/>
<b>VIH</b>	Rechercher infection VIH ou facteurs de risque.	<b>Sérologie VIH</b> avec accord du patient, à renouveler si facteurs de risque.  Avis de l'infectiologue si nécessaire.	Contre-indication relative. A discuter au cas par cas avec l'infectiologue.	<input type="checkbox"/>
<b>HEPATITE B</b>	Rechercher une infection VHB, des facteurs de risque et préciser si vaccination déjà réalisée.  Si oui, date : .....	<b>Sérologie B</b> incluant Ag Hbs, Ac Hbs, Ac Hbc. ADN viral si Ag Hbs+.	Si Ag Hbs+ : traitement anti-TNF possible, si indispensable. Un traitement pré-emptif antiviral doit être instauré. Proposer vaccination si sérologie négative.	<input type="checkbox"/>
<b>CANCER</b>	Rechercher un antécédent de cancer ou lymphome.  Si oui, date : .....	Avis du cancérologue si nécessaire.	Contre-indication si cancer évolutif ou récent (moins de 5 ans pour la plupart des cancers) sauf cancer cutané spino- ou baso cellulaire et cancer <i>in situ</i> du col utérin traité.	<input type="checkbox"/>
<b>MALADIE DEMYELINISANTE</b>	Rechercher un antécédent personnel de névrite optique ou de sclérose en plaque.	Avis d'un neurologue si nécessaire.	Utilisation non recommandée.	<input type="checkbox"/>
<b>INSUFFISANCE CARDIAQUE</b>	Rechercher une insuffisance cardiaque.	Avis d'un cardiologue si nécessaire.	Contre-indication si insuffisance cardiaque modérée à sévère (grade III ou IV de la NYHA).	<input type="checkbox"/>
<b>GROSSESSE</b>	Interroger sur les désirs de grossesse.	Test de grossesse si suspicion de grossesse.	Utilisation actuellement non recommandée, à discuter au cas par cas.	<input type="checkbox"/>

## LES MESURES RECOMMANDÉES

Pathologies	Données cliniques	Examens complémentaires	Action à proposer	OK
<b>PNEUMOCOQUE</b>	Préciser si vaccination anti-pneumococcique. Si oui, date : .....		<b>Vaccination</b> polysaccharidique, possible en cours de traitement anti-TNF. Rappel tous les 3-5 ans.	<input type="checkbox"/>
<b>HERPES SIMPLEX</b>	Rechercher un antécédent d'herpès oral ou génital.		Pas de contre-indication sauf infection sévère. <b>Antiviral</b> oral si herpès récidivant.	<input type="checkbox"/>
<b>VARICELLE/ZONA</b>	Rechercher un antécédent de varicelle et/ou zona ; préciser si vaccination réalisée. Si oui, date : .....	Sérologie varicelle/zona en l'absence d'antécédent connu.	Pas de contre-indication sauf si infection VZV évolutive. <b>Vaccination</b> éventuelle, au moins 3 semaines avant anti-TNF.	<input type="checkbox"/>
<b>HEPATITE C</b>	Rechercher infection VHC ou facteurs de risque.	<b>Sérologie C</b>	Pas de contre-indication. Surveillance conseillée.	<input type="checkbox"/>
<b>CYTOMEGALOVIRUS</b>	Rechercher un antécédent d'infection à CMV.	Pas de test de détection, sauf si colite sévère. Dans ce contexte, rechercher une colite à CMV par des <b>biopsies coliques</b> si sérologie ou PCR sanguine positive.	Contre-indication temporaire si infection tissulaire à CMV.	<input type="checkbox"/>
<b>EPSTEIN-BARR VIRUS</b>	Rechercher un antécédent d'infection à EBV.		Contre-indication temporaire si infection EBV cliniquement évolutive.	<input type="checkbox"/>
<b>GRIPPE SAISONNIERE</b>	Préciser si vaccination annuelle contre la grippe saisonnière.		Proposer la vaccination anti-grippale (possible en cours de traitement anti-TNF).	<input type="checkbox"/>
<b>GRIPPE H1N1</b>	Préciser si vaccination contre la grippe H1N1.		Proposer la vaccination anti-H1N1 (possible en cours de traitement anti-TNF).	<input type="checkbox"/>
<b>PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV)</b>	Rechercher antécédent dysplasie du col utérin, condylomes.	Examen gynécologique avec frottis cervical.	Pas de contre-indication. Proposer la vaccination chez la jeune femme.	<input type="checkbox"/>
<b>FIÈVRE JAUNE</b>	Préciser si vaccination fièvre jaune au cours des 10 dernières années ou si voyage en zone d'endémie envisagé.		Contre-indication si vaccination contre la fièvre jaune réalisée il y a moins de 3 semaines.	<input type="checkbox"/>
<b>STRONGYLOÏDOSE</b>	Préciser si voyage en zone d'endémie (passé ou futur).	<b>Eosinophiles</b> ; sérologie de la strongyloïdose ou traitement par ivermectine.	Traitement par ivermectine avant anti-TNF.	<input type="checkbox"/>
<b>PNEUMOCYTOSE</b>	Préciser les associations d'immunosuppresseurs.		Traitement par <b>co-trimoxazole</b> si utilisation de 3 immunosuppresseurs incluant l'anti-TNF.	<input type="checkbox"/>
<b>LUPUS</b>	Rechercher un antécédent de lupus.	Si orientation clinique.	Utilisation non recommandée.	<input type="checkbox"/>

### Références :

- JF Rahier *et al.* European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis* 2009;3(2):47-91
- Résumé des caractéristiques du produit Rémicade®.
- Résumé des caractéristiques du produit Humira®.
- Recommandations nationales sur la prévention et la prise en charge des tuberculoses survenant sous anti-TNF $\alpha$ . AFFSAPS (juillet 2005).
- Test de détection de la production d'IFN $\gamma$  pour le diagnostic des infections tuberculeuses. Haute Autorité de santé/Service évaluation des actes professionnels/Décembre 2006.
- Recommandation concernant la grippe H1N1 au cours des MICI (10 Novembre 2009). GETAID/SNFGE.
- Actualisation de l'avis relatif aux recommandations sur l'utilisation des vaccins pandémiques dirigés contre le virus grippal A(H1N1)v. 28 Octobre 2009; Haut Conseil de la santé publique.
- www.lecrat.org