

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et vacances

Inflammatory Bowel Disease and holidays

Stéphane Nahon

Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil, Service d'hépatogastroentérologie, 10 rue du Général Leclerc, 93370 Montfermeil, France

e-mail : <snahon@ch-montfermeil.fr>

Résumé

Les vacances, bien appréciées de tous, doivent faire partie des objectifs thérapeutiques que l'on fixe avec nos patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Cependant, afin qu'elles soient un réel moment de plaisir, elles doivent être organisées au mieux lors d'une consultation spécifique. Idéalement, la maladie doit être contrôlée, les vaccinations doivent être mises à jour notamment pour les destinations où certaines vaccinations spécifiques (fièvre jaune) sont obligatoires et nécessitent des précautions particulières chez les patients traités par immunosuppresseur ou biothérapie. Une attention toute particulière doit être apportée à l'exposition au soleil qui doit être contrôlée, chez les patients traités par immunosuppresseur, biothérapie ou après une chirurgie abdominale.

■ **Mots clés** : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, vaccination, vacances, chirurgie, cancer cutané

Abstract

Holidays, well appreciated by all of us, should be part of the therapeutic goals that we set to our patients with inflammatory bowel disease. However, holidays must be organized at best during a specific consultation. Ideally, the disease should be under control, vaccinations should be updated especially for destinations where certain specific vaccinations (yellow fever) are mandatory that require special precautions in patients treated with immunosuppressive or biotherapy. Special attention must be paid to sun exposure in patients treated with immunosuppressive therapy or biotherapy or after abdominal surgery.

■ **Key words**: inflammatory bowel disease, vaccination, holidays, surgery, cutaneous cancer

Introduction

Les patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont une qualité de vie altérée et un handicap fonctionnel. L'altération de la qualité de vie est la conséquence de l'impact de la maladie (diarrhée, urgences, atteinte ano-périnéale, douleurs abdominales...) et aussi de ses traitements [1].

Les essais thérapeutiques récents dans les MICI prennent en compte cette dimension et les PRO (*Patient Reported Outcome*) sont nécessaires à l'établissement d'un dossier de mise sur le marché par la FDA (*Food and Drug Administration*). En dehors des essais, la qualité de vie des patients est une de nos préoccupations majeures. Tout ce qui pourra améliorer la qualité de vie doit être fait.

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Pour citer cet article : Nahon S. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et vacances. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 839-844. doi : 10.1684/hpg.2018.1672

Tirés à part : S. Nahon

Ainsi, les vacances (bien appréciées de tous) doivent être intégrées dans la prise en charge thérapeutique. Cependant, les patients qui voyagent : 1) sont exposés à une récurrence ou une complication de la MICI, 2) doivent respecter certaines recommandations après une intervention chirurgicale, et 3) sont exposés à une infection endémique potentiellement plus sévère chez les malades souvent immunodéprimés. Ainsi, un voyage nécessite d'être anticipé et organisé. Nous proposons, dans cette mise au point, des recommandations plus issues d'avis d'experts et de bon sens que fondées sur « l'evidence based medicine » [2].

Consultation avant le départ en voyage

Certaines règles de base doivent être abordées lors d'une consultation avant de partir en vacances notamment pour les patients voyageant dans des pays où certaines règles d'hygiène de vie et de vaccination sont nécessaires. Idéalement, ce voyage en pays « à risque » peut s'envisager si la maladie est en rémission prolongée afin de minimiser le risque de récurrence au cours du voyage. Plusieurs fiches destinées aux patients ont été rédigées par l'Association François Aupetit en collaboration avec des médecins experts. Elles explorent toutes les facettes du voyage depuis sa préparation jusqu'aux assurances. Leur lecture doit être recommandée car elles sont très instructives et facilement compréhensibles ! Elles peuvent également être d'une aide précieuse pour les médecins.

“ Plusieurs fiches destinées aux patients ont été rédigées par l'Association François Aupetit en collaboration avec des médecins experts ”

Chirurgie digestive soleil et baignade

Le *tableau 1* résume les différents conseils concernant la baignade chez les patients atteints de MICI. À plus ou moins long terme, la maladie de Crohn peut évoluer vers une destruction intestinale et se compliquer de sténose(s), d'occlusion(s), de fistule(s) et/ou d'abcès conduisant à un traitement chirurgical évalué à 50 % des cas après 10 ans d'évolution [3, 4].

Cicatrices, soleil et baignade

La protection des cicatrices récentes nécessite une attention particulière. En effet, quand elles sont exposées aux rayons du soleil, les cicatrices peuvent se pigmenter. Sous l'effet des ultraviolets, les cicatrices brunissent et

Tableau 1. Consignes pour la baignade et l'exposition solaire.

Baignade possible pour les patients stomisés au prix d'une organisation indispensable
Se protéger du soleil au mieux en évitant de s'y exposer (chapeau, tee-shirt)
Appliquer une crème solaire de haut niveau de protection (niveau 50)
Pour les patients récemment opérés, une protection de la cicatrice est nécessaire pour éviter sa pigmentation

laissent des marques inesthétiques sur la peau. Il faut protéger en particulier les cicatrices récentes (moins de six mois) et qui ont un aspect rosé. En revanche, si les cicatrices sont blanches, elles ne nécessitent pas de protection particulière. L'idéal est de couvrir totalement la cicatrice avec un vêtement ou un pansement pour la protéger des rayons du soleil. Ensuite, il est indispensable d'utiliser une crème solaire avec un indice de protection le plus haut possible. Les cicatrices récentes sont également sensibles au sel et au sable nécessitant de les rincer à l'eau douce après chaque baignade.

“ La protection des cicatrices récentes nécessite une attention particulière ”

Stomies

La plage et la baignade ne sont pas contre-indiquées chez les patients stomisés. Toutefois, il est nécessaire de prendre l'avis de la stomathérapeute référente qui pourra conseiller au mieux son patient. Il faut partir en vacances avec un stock suffisant de poches. En cas de baignade, la plaque qui est accolée à la peau reste souvent adhérente moins longtemps, ce qui n'est pas un problème si les règles habituelles sont bien suivies. Il faut donc partir à la plage avec un change.

Par ailleurs, les plongeurs et les vagues peuvent décrocher la poche dans les appareillages avec poche amovible. Une astuce simple est de disposer de plusieurs maillots identiques, ce qui permet d'éviter le questionnement de l'entourage lors du change systématique après le bain. Pour les femmes, le maillot une-pièce est la solution la plus classique ; pour les hommes, les maillots tailles hautes sont plus adaptés que le slip de bain. Comme ces shorts de bain ne sont pas toujours autorisés en piscine, il suffit souvent d'aller directement voir le maître-nageur pour lui signaler le problème. La chaleur et une sudation peuvent favoriser le décollement de la poche ; il est utile de disposer de teinture de benjoin de façon à bien sécher la peau avant d'appliquer une nouvelle poche. Une taille réduite, changée après le

bain, permet de se baigner plus facilement. Les poches sont étanches et par conséquent l'eau de mer n'y pénètre pas, il faut, en revanche, protéger le filtre ou mettre une poche sans filtre.

“ La plage et la baignade ne sont pas contre-indiquées chez les patients stomisés ”

Lésions ano-périnéales et baignade

La présence ou un antécédent de lésions ano-périnéales inactives ne contre-indiquent pas la baignade y compris en présence d'un séton. Toutefois, il est conseillé d'avoir une hygiène rigoureuse avec un lavage à l'eau douce rapide afin d'éviter l'effet corrosif de l'eau de mer.

“ Une intervention chirurgicale récente ou des lésions ano-périnéales inactives ne représentent pas un obstacle à une exposition solaire ou à une baignade ”

Cancers cutanés

Le recul de plus en plus important concernant le suivi des patients atteints de MICI et traités par immunosuppresseurs ou immunomodulateurs permet de mieux préciser les risques de cancers cutanés dans ces populations. En effet, des études récentes suggèrent un risque plus important de mélanome ou de cancers cutanés non mélaniques (carcinome épidermoïde ou carcinome basocellulaire) y compris chez les patients ne prenant aucun de ces traitements [5]. L'étude de la cohorte CESAME a ainsi identifié un risque de cancers cutanés non mélaniques chez les patients prenant ou antérieurement exposés aux thiopurines (azathioprine) [6]. Peyrin-Biroulet *et al.* ont montré qu'il existait un sur-risque de développer un cancer cutané non mélanique à tout âge chez les sujets respectivement en cours de traitement ou ayant été traités par thiopurines (HR 5,9 ; IC95 % 2,1-16,4 et 3,9 ; IC95 % 1,3-12,1) [6]. Le risque de cancer cutané (épithélioma baso- et spinocellulaire) est élevé sous azathioprine, car non seulement l'azathioprine est photosensibilisante mais aussi la présence de 6-thioguanine dans l'ADN des cellules épithéliales est mutagène sous l'effet des UVA [6].

“ Un risque plus important de mélanome ou de cancers cutanés non mélaniques (carcinome épidermoïde ou carcinome basocellulaire) existe y compris chez les patients ne prenant aucun traitement immunosuppresseur ”

Ces cancers, souvent agressifs et récidivants, sont observés de façon exclusive chez le sujet blanc, le plus souvent en peau exposée [6]. Une étude rétrospective américaine, basée sur des registres administratifs des assurances maladies, a montré que les patients atteints de maladie de Crohn avaient un risque augmenté de mélanome indépendamment de leur traitement [7]. Par ailleurs, le risque de mélanome associé au traitement par anti-TNF est controversé. Une étude qui a colligé les données de onze registres de neuf pays européens a analysé le risque de mélanome invasif lié aux anti-TNF et autres immunomodulateurs chez des patients atteints de rhumatisme inflammatoire [8]. Au total, 130 315 patients atteints de rhumatisme inflammatoire (âgés en moyenne de 58 ans) correspondant à 579 983 patient-années étaient disponibles pour cette analyse ; 287 ont développé un premier mélanome. Le risque poolé (SIR) pour les patients naïfs de biothérapie était de 1,1 (IC 95 % : 0,9-1,4) et de 1,2 (0,99-1,6) pour ceux traités par anti-TNF [8]. Le registre européen ICARE, spécifiquement dédié à l'évaluation du sur-risque de cancers, devrait permettre de répondre clairement à ces interrogations.

“ Le risque de cancers cutanés chez les patients traités par immunosuppresseurs et/ou biothérapies au long cours justifie une prévention et une surveillance dermatologique régulière ”

Vaccinations et voyage

Un grand nombre de maladies liées au voyage peut être prévenu par une vaccination. Le programme de vaccinations doit être établi avant d'envisager un voyage en zone d'endémie en tenant compte de l'évaluation des risques réels encourus par le voyageur, de l'obligation administrative de présenter un certificat de vaccination pour entrer dans certains pays, de la nécessité de réaliser les vaccinations au moins une quinzaine de jours avant le départ, et enfin de la mise à jour des vaccinations recommandées en France dans le calendrier vaccinal.

La prévention des risques infectieux par la vaccination doit être envisagée dès le diagnostic de la MICI pour éviter les difficultés liées au traitement et à l'évolution future de la MICI [2]. L'historique des vaccinations doit être reconstitué par l'interrogatoire et le carnet de vaccination. La mise à jour du calendrier vaccinal doit être réalisée idéalement dès le diagnostic de la MICI ou avant l'introduction d'un traitement immunosuppresseur. Toutefois, la consultation avant d'envisager un voyage peut être une opportunité pour une mise à jour de ce calendrier. Enfin, rappelons que certaines vaccinations sont recommandées chez les patients

immunodéprimés tels que la vaccination contre le pneumocoque et le virus de l'hépatite B, et le virus de la grippe.

“ Certaines vaccinations sont recommandées chez les patients immunodéprimés tels que la vaccination contre le pneumocoque et le virus de l'hépatite B, et le virus de la grippe ”

Certains pays exigent des vaccinations spécifiques pour entrer sur leur territoire. Chaque année, le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* émet des recommandations sanitaires pour les voyageurs¹.

Fièvre jaune

La vaccination contre la fièvre jaune est indispensable pour un séjour dans une zone endémique (régions intertropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud), même en l'absence d'obligation administrative. Cette vaccination est obligatoire pour les résidents du département de la Guyane.

Le vaccin de la fièvre jaune est disponible uniquement dans les Centres de vaccination anti-amarile, désignés par les Agences régionales de santé. Il s'agit d'un vaccin vivant, atténué, si bien qu'il est contre-indiqué chez les patients immunodéprimés. Si la vaccination ne peut être réalisée, les voyages en zone d'endémicité amarile sont formellement déconseillés. Si un patient est amené à réaliser fréquemment des déplacements en zone d'endémicité, la vaccination devra être réalisée si possible avant la mise en route du traitement immunosuppresseur ou par biothérapie. Après l'arrêt d'un traitement immunosuppresseur, d'une biothérapie ou d'une corticothérapie à dose immunosuppressive (supérieure à 20 mg/jour), le délai à respecter pour l'administration d'un vaccin vivant atténué est au minimum de trois mois [2]. Le schéma recommandé est le suivant : une injection au moins dix jours avant le départ. À partir du 1^{er} juillet 2016, après une révision du règlement sanitaire international décidé par l'OMS, la validité du certificat de vaccination anti-amarile, qui était jusqu'à présent de dix ans, est prolongée à vie, supprimant de ce fait l'obligation des rappels décennaux.

“ Si un patient est amené à réaliser fréquemment des déplacements en zone d'endémicité de la fièvre jaune, la vaccination devra être réalisée si possible avant la mise en route du traitement immunosuppresseur ou par biothérapie ”

¹ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2018/BEH-hors-serie-Recommandations-sanitaires-pour-les-voyageurs-2018>.

Fièvre typhoïde

La vaccination contre la fièvre typhoïde est recommandée pour les voyageurs devant effectuer un séjour prolongé ou dans de mauvaises conditions dans les pays où l'hygiène est précaire et la maladie endémique, particulièrement dans le sous-continent indien. Ce vaccin n'assurant qu'une protection de 50 à 65 %, il ne se substitue pas aux mesures de précautions vis-à-vis de l'eau et des aliments liées au lavage des mains. Le vaccin doit être administré quinze jours avant le départ. Deux vaccins contre la fièvre typhoïde sont disponibles. Un vaccin oral qui est formellement contre-indiqué chez les patients immunodéprimés, et par conséquent chez les patients ayant une MICI et recevant un traitement par immunosuppresseur ou une biothérapie. En revanche, le vaccin injectable (Typhim[®]), seul vaccin disponible en France et autorisé chez les patients immunodéprimés. Une seule injection de ce vaccin est suffisante quinze jours avant le départ, conférant une protection de trois ans.

“ Certaines vaccinations sont obligatoires pour rentrer dans certains pays dont la fièvre jaune. Ce vaccin est contre-indiqué chez les patients immunodéprimés, ce qui limitera chez ces malades l'accès à ces pays sauf si une anticipation de la vaccination a été faite avant la mise en route d'un traitement immunosuppresseur ou une biothérapie ”

Médicaments photosensibilisants et vacances

Le *tableau 2* regroupe les conseils et consignes concernant le traitement des patients atteints d'une MICI.

Tableau 2. Consignes pour le traitement.

Ordonnance (notamment pour les médicaments à prendre en cabine)
Quantité suffisante de traitement
Maladie en rémission clinique
Trousse de secours (pour les rectites, suppositoires et ou lavements ; corticoïdes, etc.)
Décaler la date de la perfusion d'une biothérapie qui sera tout à fait envisageable notamment quand la maladie est en rémission
Adapter le planning d'injection d'une sous-cutanée
Encourager certains patients à l'auto-médication

Un certain nombre de médicaments, dont la liste est régulièrement mise à jour, peuvent interagir avec les rayons ultraviolets du soleil et provoquer une réaction photo-solaire [9]. La photosensibilisation est la conséquence d'une interaction directe entre la lumière et le médicament ; la survenue est très rapide, dès l'exposition solaire. Il s'agit d'une rougeur très superposable à un « coup de soleil » ; elle se localise uniquement dans les zones exposées et dépend de l'habillement. La photo-allergie est plus complexe, puisque le produit néfaste qui se forme à partir du médicament sous l'action de la lumière solaire déclenche une cascade de réactions biologiques impliquant le système immunitaire. Les manifestations surviennent de manière retardée par rapport à l'exposition solaire et les zones atteintes débordent largement les zones exposées. Ces lésions évoquent plutôt une urticaire ou un eczéma. De nombreux traitements sont photosensibilisants ; les plus utilisés par nos patients souffrant d'une MICI sont les fluoroquinolones, l'azathioprine, et certains anxiolytiques et immunosuppresseurs. Une liste de ces médicaments est mise à jour sous l'égide de la Société française de dermatologie².

Assurances et voyages

Le *tableau 3* recense les consignes à suivre sur le plan médico-administratif avant de partir en voyage. En Europe et en Suisse, la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) permet d'attester des droits à l'assurance maladie et de bénéficier d'une prise en charge sur place des soins médicaux, selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour. La CEAM est disponible sur internet sur le site de l'Assurance-Maladie : www.ameli.fr. En cas de soins médicaux pendant le séjour, le patient a une prise en charge selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays de séjour. Lors d'un voyage en dehors de l'Union européenne et Suisse, seuls les soins médicaux urgents et imprévus pourront éventuellement être pris en charge par la caisse d'Assurance-Maladie. Dans ce cas, le patient doit régler les frais médicaux sur place. Les factures et justificatifs de paiement doivent être présentées au retour en France, à la caisse d'Assurance-Maladie. Au vu des justificatifs, le médecin-conseil de la caisse d'Assurance-Maladie appréciera s'il s'agissait ou non d'une situation d'urgence. Il vous accordera alors ou non le remboursement des soins, dans la limite des tarifs forfaitaires français en vigueur (voir la fiche de l'AFA³).

² <http://www.sfdermato.org/media/pdf/mini-site/photosensibilisation-d2ed2a51999d95b11afae6d99ef39f0.pdf>

³ <https://www.afa.asso.fr/uploads/media/default/0001/03/fbe41191b93152bc5d14a7353186657441ffad41.pdf>

Tableau 3. Consignes médico-administratives.

Compte-rendu d'hospitalisation récent si besoin traduit en anglais
Mise à jour du calendrier vaccinal
Suivre les recommandations pour la vaccination contre la fièvre jaune
Pour les voyages en Europe se procurer la carte européenne d'assurance-maladie
Souscrire une assurance annulation
Avoir une mutuelle adaptée à un éventuel rapatriement sanitaire

“ Lors d'un voyage en dehors de l'Union européenne et Suisse, seuls les soins médicaux urgents et imprévus pourront éventuellement être pris en charge par la caisse d'Assurance-Maladie ”

Take home messages

- Les vacances font partie des objectifs thérapeutiques chez les patients souffrant d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin mais nécessitent d'être préparées.
- Une intervention chirurgicale récente ou des lésions ano-périnéales inactives ne représentent pas un obstacle à une exposition solaire ou à une baignade.
- La plage et la baignade ne sont pas contre-indiquées chez les patients stomisés.
- Le risque de cancers cutanés chez les patients traités par immunosuppresseurs et/ou biothérapies au long cours justifie une prévention et une surveillance dermatologique régulière.
- La vaccination contre la fièvre jaune est contre-indiquée chez les patients traités par immunosuppresseurs et/ou biothérapies.

Liens d'intérêts : activités de conseil, conférences, invitations en qualité d'auditeur pour les laboratoires MSD, AbbVie, Takeda, Janssen, Pfizer. ■

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

1. Lo B, Prosberg MV, Gluud LL, *et al.* Systematic review and meta-analysis: Assessment of factors affecting disability in inflammatory bowel disease and the reliability of the inflammatory bowel disease disability index. *Aliment Pharmacol Ther* 2018 ; 47 (1) : 6-15.
2. Rahier JF, Magro F, Abreu C, *et al.* Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2014 ; 8 (6) : 443-68.
3. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel J-F. Ulcerative colitis. *Lancet Lond Engl* 2017 ; 389 (10080) : 1756-70.
4. Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet Lond Engl* 2017 ; 389 (10080) : 1741-55.
5. Singh S, Nagpal SJS, Murad MH, *et al.* Inflammatory bowel disease is associated with an increased risk of melanoma: A systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014 ; 12 (2) : 210-8.
6. Peyrin-Biroulet L, Khosrotehrani K, Carrat F, *et al.* Increased risk for nonmelanoma skin cancers in patients who receive thiopurines for inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2011 ; 141 (5) : 1621-1628.
7. Long MD, Martin CF, Pipkin CA, Herfarth HH, Sandler RS, Kappelman MD. Risk of melanoma and nonmelanoma skin cancer among patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2012 ; 143 (2) : 390-9.
8. Mercer LK, Askling J, Raaschou P, *et al.* Risk of invasive melanoma in patients with rheumatoid arthritis treated with biologics: Results from a collaborative project of 11 European biologic registers. *Ann Rheum Dis* 2017 ; 76 (2) : 386-91.
9. Dawe RS, Ibbotson SH. Drug-induced photosensitivity. *Dermatol Clin* 2014 ; 32 (3) : 363-8.



••• Vous souhaitez recruter un médecin pour compléter votre équipe médicale ?

Pour une diffusion maximale de votre petite annonce

- > dans la revue de votre choix parmi toutes nos revues
- > sur notre site www.jle.com

- Contactez Corinne Salmon
01 46 73 06 63
corinne.salmon@jle.com
- ou connectez-vous sur la rubrique Petites annonces de notre site www.jle.com