

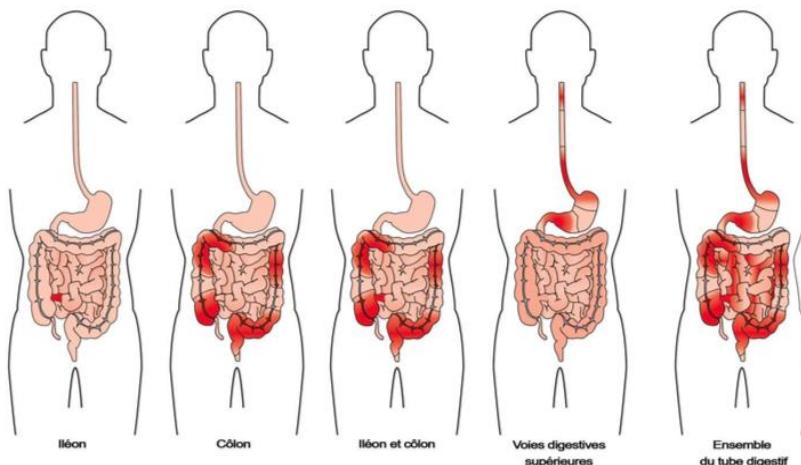
DISPENSATION

2025

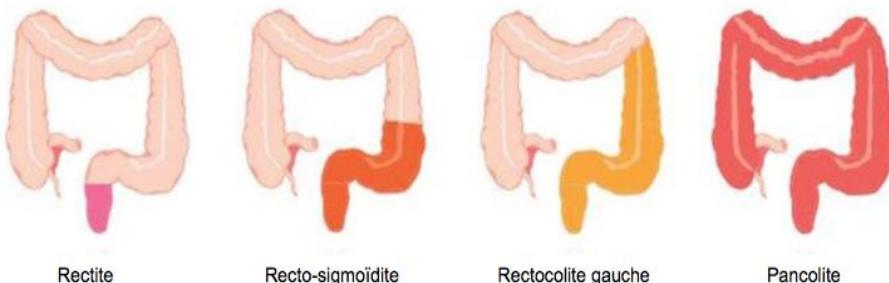
Les MICI en pratique à l'officine

Aymeric MASIA

Définition :



La maladie de Crohn¹.



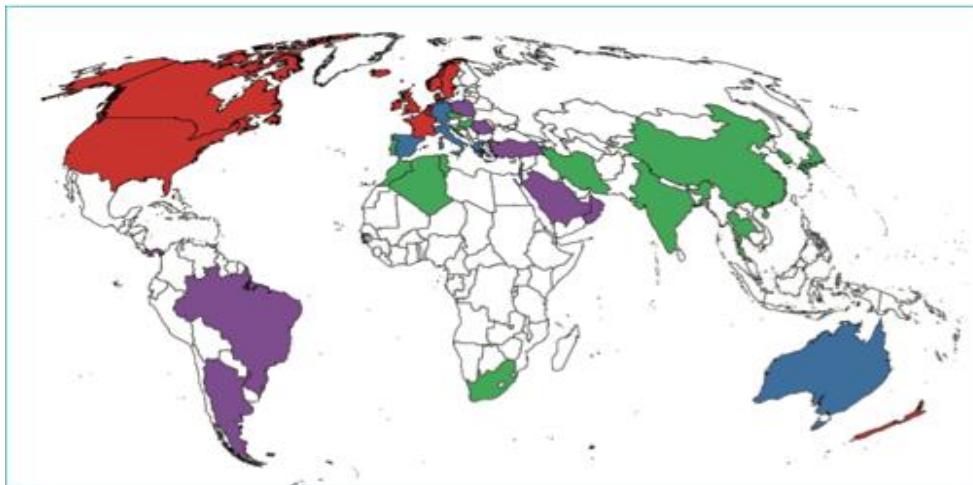
La rectocolite hémorragique².

CROHN		RCH
87%	Diarrhée	78%
85%	Douleurs abdominales	72%
65%	Amaigrissement/AEG	59%
25%	Fissures, abcès fistules anales	/
18%	Syndrome occlusif	/
10%	Rectorragies	74%
3%	Syndrome rectal/proctalgies	50%

Pourcentage d'apparition des différents symptômes pour chaque maladie inflammatoire.

1. Baumgart, D. C. et al. W.J.Crohn's disease.
2. Ordás, I., W. J. Ulcerative colitis.

Epidémiologie :



L'incidence des MICI dans le monde

Dans le monde :

- Incidences les plus élevées dans les pays industrialisés
- Influence de facteurs environnementaux

En France :

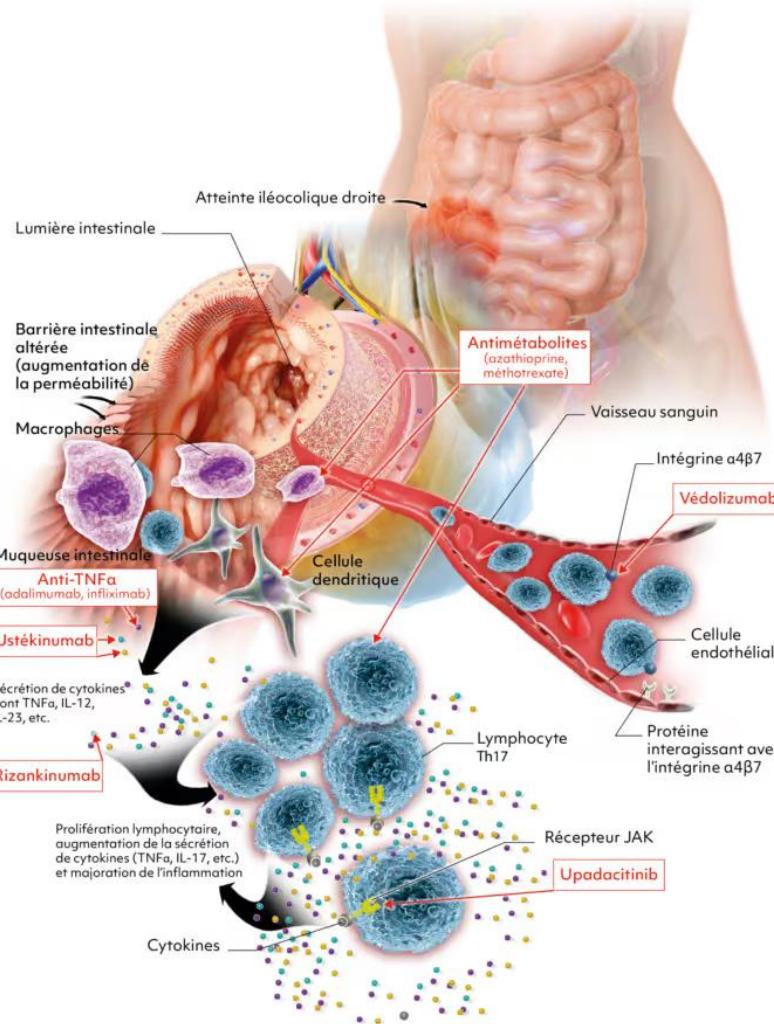
- Incidence de MICI en augmentation (1 personne sur 1000)
- Pic de fréquence à 20-30 ans



Le seul facteur de risque identifié est la consommation de tabac (dans la MC) mais probable facteur environnementaux.

Traitements des MICI

Mécanisme d'action des traitements d'entretien de la maladie de Crohn



Michel Saemann

Traitements des MICI

Inhibiteur de JAK : Upadacitinib (Rinvoq)

- Pas de recommandation pour :
 - + de 65 ans
 - Fumeurs et ancien fumeurs
 - Risques cardio vasculaire ou de tumeurs malignes
- EI : infections des voies respiratoires supérieures
- IM : PE → IPP et oestroprogesteratifs

Le pharmacien clinicien à l'approche du patient

- Professionnel de santé reconnu
- Responsabilité déontologique

Accessibilité :

- Professionnel de santé accessible (6J/7)
- Pilier entre la ville et l'hôpital

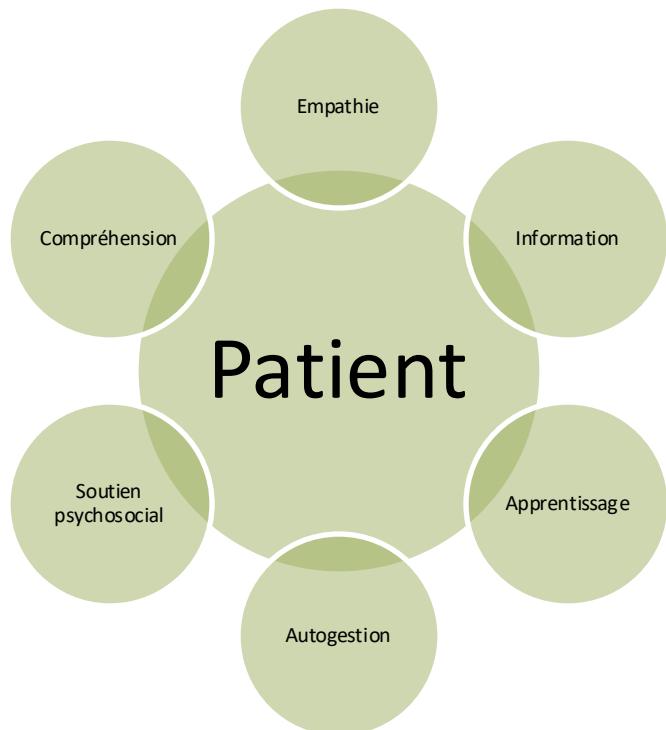
Loi HPST :

- Participer à **l'éducation thérapeutique**
et action d'accompagnement
du patient

Convention nationale pharmaceutique :

- Entretiens pharmaceutiques
- Bilans de médicaments partagés
- Entretien de prévention

L'éducation thérapeutique du patient



- Autonomie du patient
- Acteur de sa santé
- Amélioration de l'adhésion du patient
- Développement de compétences

Lecture d'un témoignage patient

Impact sur la vie quotidienne

- Tentative d'adaptation du régime alimentaire :
 - Tout essayer pour réduire la fréquence des symptômes
 - Plus d'aliments plus de diarrhées
- Vie sociale : relation amicale, amoureuse, sexualité
 - Risque d'isolement ou de sensation d'injustice
- Fatigue (surtout lors des poussées) et angoisse de la rechute permanente

Tabous

- Diarrhées
- Urgences et les incontinences
- Stomie

L'alimentation

- Conseils diététiques en cas de poussée :
 - En cas de diarrhée abondante, il faudra privilégier une hydratation per os et éviter les fruits et légumes et les aliments avec résidus ainsi que les aliments gras et les repas trop copieux, car cela peut entraîner une augmentation des symptômes.
 - En cas de forme très étendue ou de fistule entéro-cutanée ou interne de faible débit : un support nutritionnel parentéral peut parfois se discuter avec mise au repos du tube digestif (effet suspensif sur les fistules).
 - En cas de sténose non occlusive, il est conseillé d'éviter les fibres (fruits, légumes, céréales), peaux, noix, graines afin de prévenir une obstruction intestinale (occlusion).

L'anémie

- complication extra intestinale la plus fréquente
 - impact important sur la qualité de vie des patients
- Elle est due :
 - carence en fer : baisse des réserves en fer par hémorragie, absorption insuffisante, restriction alimentaire
 - Fonctionnelle → un syndrome inflammatoire diminution de la capacité de production des globules rouges
 - Carence en vit B9 et B12 : absorption insuffisante par l'intestin grêle dus à une inflammation chronique ou secondaire à une résection chirurgicale

Déménéralisation osseuse

- Ostéopénie est observée dans 30 à 50% des cas → Maladie de Crohn +++
 - Facteur favorisant :
 - Tabagisme
 - Diminution de l'absorption du calcium et de la vitamine D
 - Corticothérapie prolongée +++

Les traitements

- L'observance :
 - Pilier de fonctionnement des traitements :

Situation	Risque d'immunisation (anticorps anti-adalimumab)	Conséquences possibles
Traitement continu	Faible (surtout si associé au méthotrexate)	Efficacité maintenue, faible risque de réaction
Arrêt court (qq semaines – 2/3 mois)	Risque modéré	Réponse souvent récupérée à la reprise, mais surveillance utile
Arrêt prolongé (> 3–6 mois)	Risque élevé	Perte d'efficacité plus probable, réactions d'hypersensibilité possibles, anticorps plus fréquents

Gestion des effets indésirables :

- Diminution de l'immunité de manière plus ou moins spécifique
- Les principales contre-indications des traitements
 - Corticothérapie : potentiellement certains états infectieux ou viroses en évolution.
 - Méthotrexate par voie injectable : insuffisance hépatique ou rénale sévère, alcoolisme, infections sévères chroniques ou graves, troubles hématologiques, immunodéficience (tuberculose, infection par le virus de l'immunodéficience humaine, ou VIH), ulcère de la cavité buccale ou maladie ulcéreuse gastro-intestinale évolutive, grossesse, allaitement.
 - Biothérapies et upadacitinib : tuberculose évolutive ou infections sévères actives.
 - Anti-TNF α : insuffisance cardiaque modérée à sévère.
 - Upadacitinib : insuffisance hépatique sévère, grossesse.

Vaccination :

- Vaccins de base (calendrier vaccinal)
 - DTPa : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche.
 - Hépatite B (fortement recommandé en MICI, surtout si traitement anti-TNF envisagé).
 - ROR (rougeole-oreillons-rubéole) si statut sérologique négatif et âge approprié.
 - HPV (selon l'âge).
- Vaccins spécifiques recommandés en cas d'immunosuppression à venir
 - Grippe saisonnière (vaccin annuel inactivé).
 - Pneumocoque :
 - Hépatite A : si non immunisé, surtout en cas de risque de voyage ou de sérologie négative.
 - Méningocoque (ACWY, B) selon le contexte épidémiologique et l'âge.
 - Zona (Shingrix®, vaccin recombinant inactivé) : chez l'adulte ≥ 50 ans ou plus jeune si risque accru.
- Vaccins vivants atténués (contre-indiqués pendant le traitement)
- ROR, varicelle, fièvre jaune, zona (Zostavax®, ancien vaccin vivant).
 Ces vaccins doivent être administrés au moins 4 semaines avant le début de l'immunosuppression si indication.

Hygiène de vie

- Hydratation
- Pas de régime particulier → alimentation équilibrée
- ARRET DU TABAC → importance du conseil en pharmacie
- Gestion du stress → également beaucoup de conseils possible en pharmacie
- Activité physique douce et régulière adaptée à la tolérance (améliore l'état général et la fatigue).
- Signes d'alerte :

Chek liste du pharmacien

- Vérifier la prise correcte des traitements (observance, technique d'injection si anti-TNF).
- Alerter en cas de signes d'alerte : fièvre, perte de poids rapide, saignements abondants.
- Conseiller sur les compléments nutritionnels oraux (si perte de poids ou appétit diminué).
- Vérifier la mise à jour vaccinale et rappeler les vaccins inactivés recommandés.
- Orienter vers le médecin si aggravation ou suspicion d'effets indésirables.

Conseils en diététique

- Corriger la carence en fer ?
 - corriger l'insuffisance en fer afin de normaliser le taux d'hémoglobine et le stock en fer rapidement.
1. La première étape est une adaptation diététique avec une alimentation riche en fer (abats, foie de veau, viande rouge, coquillages, huîtres, poisson, légumineuses, fruits secs, cacao, œufs...).
 2. Un apport en fer par voie orale sera mis en place, mais sa tolérance n'est pas toujours bonne dans les MICI et un apport en fer par voie intra-veineuse sera proposé en cas d'intolérance ou d'anémie.
 3. Dans les anémies sévères, un traitement par transfusion sanguine pourra être proposé.

Conseils en diététique

Corriger la carence en B9 et B12

Il faut privilégier une alimentation riche en B9 (épinards, salade, haricots blancs...) et B12 (abats, poisson, crustacés, œufs...).

Un apport en vitamine per os pourra se faire également ou par voie intramusculaire pour la vitamine B12 si nécessaire.

- Dans certaines circonstances particulières, une supplémentation systématique en B9 (=acide folique) se fera en cas de traitement par méthotrexate et en vitamine B12 en cas de résection iléale importante.

CONSEIL PRINCIPAL : ARRET DU TABAC

Cas pratiques :

- Jeune homme 23 ans
- Mal de ventre, crise de diarrhée malgré son traitement
- Souvent bloqué pendant plusieurs heures aux toilettes.
- Voyage beaucoup
- Dérangé lors de ces déplacements de peur de ne pas avoir accès aux toilettes
- Réduction des interactions sociales

CAS 1 : Ordonnance :

cerfa
n° 14465*01

Ordonnance Bizone

Articles L. 322-3, 3^e et 4^e, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité social

INCI non vérifiée

Dr [REDACTED]
MAISON MEDICALE DE [REDACTED]

Mr [REDACTED]

Numéro AM [REDACTED]

Numéro RPPS [REDACTED]

Date : samedi 27 septembre 2025

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

Mésalazine 1 g/100 mL suspension rectale (PENTASA)
1 flacon le soir au coucher tous les 2 jours à administrer en lavement.
Agiter le flacon avant l'emploi.
QSP 3 mois

Mésalazine 1 g suppositoire (PENTASA)
1 suppositoire 1 fois par jour le soir au coucher tous les 2 jours pendant 3 mois.

Mésalazine 1 g sachet (PENTASA)
2 sachets par jour au cours des repas sans croquer avec un peu d'eau.
A répartir en une, deux ou quatre prise(s).
QSP 3 mois

Prescriptions sans rapport avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Paracétamol 1 000 mg comprimé (PARACETAMOL ALMUS 1 g)
1 comprimé 3 fois par jour selon besoin, en espacant les prises de 4h minimum.
Avaler avec un verre d'eau
Nombre de conditionnement : 1

(ANGI-SPRAY M GORGE CHLORHILIDO).
1 pulvérisation 4 fois par jour à intervalles minimum de 4 heures.
Ne pas utiliser avant de manger ou de boire.

5 produits de santé prescrits.

Dr [REDACTED]
Médecine Générale

Exemplaire à conserver

0/10
A 3

Prescpt.	Oper.	Produit	Qte	Px vte
07/10/2025	3	AMOXICILLINE 500MG BIOG GELULE...	3	1.53
		DOLIPRANE 1000 AVALER 8 CPR	1	1.16
		ELUDRILPERIO 0,2% FL200ML	1	2.44
27/09/2025	3	PENTASA 1G/100ML SUSP RECTALE 7	2	21.47
		PENTASA 1G SUP 14	1	20.68
		PENTASA 2G 60 SACHETS	1	73.32
		DOLIPRANE 1000 AVALER 8 CPR	1	1.16
		ANGISPRAY MAL GORGE COLLU 40G	1	5.95
30/08/2024	3	PENTASA 1G SUP 14	1	20.68
		PENTASA 1G/100ML SUSP RECTALE 7	1	21.47
24/07/2025	E	ZOLMITRIPTAN 2,5MG TEVA CPR OR...	1	13.11
22/05/2025	4	NORMACOL LAV AD FL 130ML	2	1.55
19/02/2025	1	DAFALGAN COD 500/30 A AVALER 16...	1	1.72
		ZOLMITRIPTAN 2,5MG BIOG CPR OR...	1	13.11
30/08/2024	8	PENTASA 1G/100ML SUSP RECTALE 7	2	21.47
06/11/2024	8	PENTASA 1G SUP 14	1	20.68
06/11/2024	8	PENTASA 1G SUP 14	-1	20.68
06/11/2024	8	PENTASA 1G SUP 14	2	20.68
06/11/2024	E	PENTASA 2G 60 SACHETS	1	73.32
		PENTASA 1G SUP 14	1	20.68

Conseils :



- Carte urgence toilette ou application
- Garder une alimentation équilibrée et hydratation +++
- Se rapprocher d'une association de malade (AFA)
- Consulter un gastroentérologue (traitement à adapter)
- Rappeler l'intérêt d'une bonne observance (pas seulement pendant les phases de crises)

Ordonnance

- Le lendemain présente une ordonnance de son médecin traitant :
 - Tardyferon 80 mg 1cp matin et 1cp le soir.
 - Précise qu'il avait déjà eu du Timoferol mais qu'il ne l'avait pas bien supporté.

Conseils

- Proposer une autre forme de fer (sirop ?), voir un fer méthylé pour une meilleure absorption et une meilleure tolérance.
- Prendre au repas et à distance de la caféine (vit C peut potentialiser l'absorption)
- Selle noire → prévenir le patient

CAS 2 : Ordonnance

Ordonnance 1 :
Homme 31 ans

Prednisolone : prendre 60mg le matin pendant 7 jours puis diminuer de 10mg toutes les semaines jusqu'à arrêt.

Imurel 50 : 3 cp/Jour 3 mois

Bactrim forte : 1 cp lundi, mercredi, samedi

DP : Imurel depuis 3 mois entrecoupé de cures de solupred

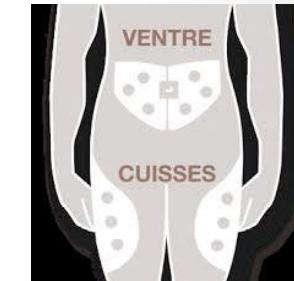
Ordonnance 2 : ordonnance d'exception prescrit par un gastroentérologue de ville.

Simponi stylo : 200mg la première fois
100mg 2 semaine plus tard puis 100mg toute les 4 semaines

A commencer après résultats des analyses.

Conseils

- Vaccination pour la grippe, le COVID, pneumocoque.
- Vérification dans le carnet de santé de présence d'une infection à la varicelle.
- Risque d'infection +++
- Lavage des mains (manugel), port de masque (si entourage malade)
- Corticothérapie : pas de sel, supplémentation calcium ?
- Offrir pochette isotherme



CAS 2 : 3 semaines plus tard



- Présente ce type de lésions
- Et d'habitude il fait son injection le jeudi et ce matin (samedi) vient de se rendre compte qu'il a oublié.

CAS 2 : 3 semaines plus tard

- Pour les oublis :
 - réaliser l'injection au plus vite. inférieur à 2 semaines par rapport au jour habituel → poursuivre le calendrier initial.
 - Sinon établir un nouveau calendrier injection 4 semaines plus tard.
- Mettre du froid
- Disparition spontanée après plusieurs injections
- Bien faire tourner les sites d'injections
- Sortir le stylo 30 min avant

Conseils : ANTI TNF alpha et MICI

- Dermatologue :
 - Sensibilité cutanée (protection solaire +++)
 - Surrisque potentiel de cancer cutané
- Cardiologue
- Gynécologue : risque de cancer gynécologique (vaccination HPV+++)
- Rhumatologue pour les atteintes extra digestives

CAS 3 : Ordonnance

- Homme 38 ans
- Maladie de crohn depuis plusieurs années traitée par stelara
- Départ en afrique centrale

**ordonnance de médicaments,
de produits ou de prestations d'exception**

n° 12708402 certa

article R. 163-2, Sème alinéa et R. 165-1 derrière alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalide et des victimes de guerre

REPEXAV SER+1AIG 0,5ML 1

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom : [REDACTED]

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (faconné) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation : [REDACTED]

date de naissance : 19 01 1971

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom : [REDACTED]

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (faconné) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation : [REDACTED]

adresse de l'assuré(e)

3 CAVÉE D ANGY, 60160 MONTATAINE

Identification du prescripteur et de la structure où il exerce :

nom et prénom : [REDACTED]
Docteur [REDACTED]

adresse sociale : HOPITAL TENON
[REDACTED]

identifiant : [REDACTED]

N° d'immatriculation : 750100273

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (en arabe ou générique) USTEKINUMAB 90 MG/1ML SOL INJ SER (STELARA®)

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise et les conditions de prise en charge

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, la dosage, la posologie, la voie d'administration

USTEKINUMAB 90 MG/1ML SOL INJ SER (STELARA®) : 1 injection toutes les 6 semaines

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant 6 mois.

conditions de prise en charge :

maladie : [REDACTED] soins en rapport avec une ALD : oui [REDACTED] non [REDACTED] ayant dispensé au titre de l'art. L. 115 [REDACTED]

accident de travail ou maladie professionnelle : [REDACTED] date : [REDACTED]

Le patient (spécifiquement) Docteur MICHELIN Paul [REDACTED] atteste que la prescription concernant le patient suivant est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. Si existe, le volet patient de cette fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date : 07 11 2024 signature du prescripteur : [REDACTED]

Signature du pharmacien ou du fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

nom et prénom : [REDACTED]

adresse : Pharmacie de la Marne
5 Place Auguste Gérard
60160 MONTATAINE

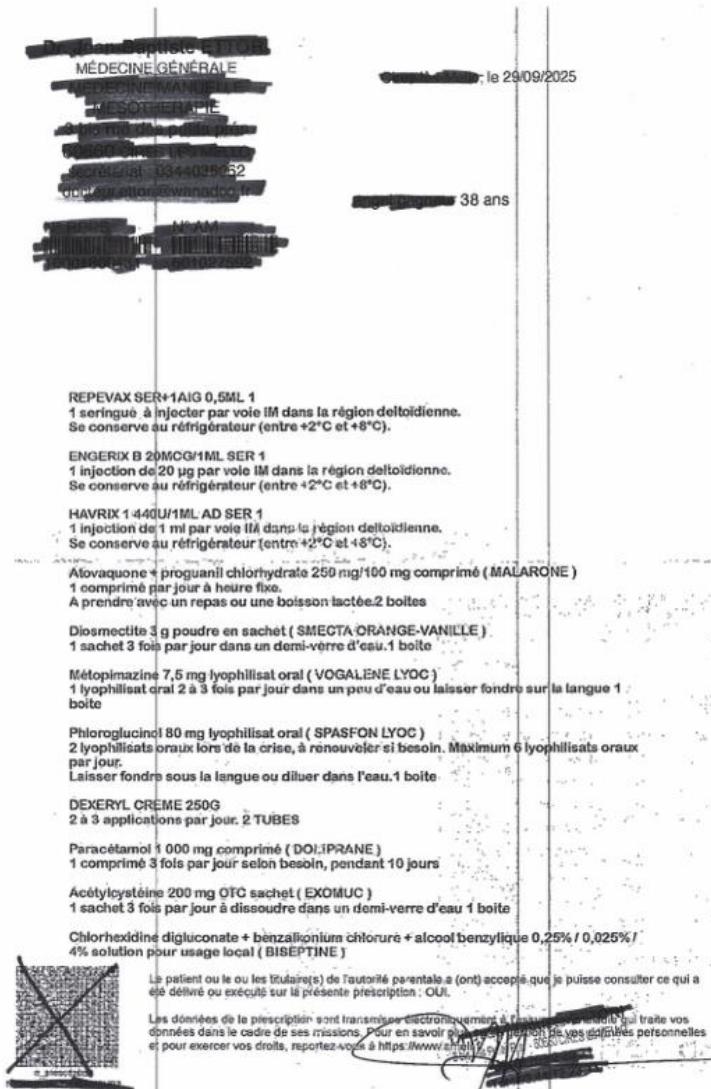
identifiant : [REDACTED]

mention obligatoire à reporter sur l'ordonnance : N° 761588 Stelara 90 mg

date de délivrance : 09/12/2024

Conseil régional pour le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mention obligatoire à reporter sur l'ordonnance : Article 315-I, 443-1 et 443-6 du Code pénal et article



CAS 3 : conseils

CI des vaccins vivant atténués

- Départ à l'étranger :
 - Vérifier les vaccinations / prévention paludisme
 - Vérifier la conservation des produits (programmer l'injection avant le départ ?)
 - Hygiène alimentaire et hydratation
 - Ne boire que de l'eau encapsulée ou bouillie.
 - Avoir une trousse de secours
 - Soluté de réhydratation orale, antidiarrhéique léger, antiseptique intestinal (selon avis médical).
 - Pas d'automédication prolongée si fièvre ou diarrhée sanguinolente → consulter sur place.
 - **Assurance rapatriement**
 - Protection solaire +++

CAS 4 : Ordonnance

cerf
n° 122081402

**ordonnance de médicaments,
de produits ou de prestations d'exception**

article R. 163-2, 5ème alinéa et R. 163-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le titulaire)

nom et prénom [REDACTED]

(nom de famille (le nom d'usage (faconable) et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation [REDACTED] (soit le n° de reçu de paiement ou de l'assurance maladie pour les salariés ou nom et n° de l'organisme conventionnel (pour les non salariés))

Date de naissance [REDACTED]

assuré(e) (à complir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom [REDACTED]

(nom de famille (le nom d'usage (faconable) et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation [REDACTED]

adresse de l'assuré(e) [REDACTED]

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom [REDACTED] maison sociale [REDACTED]

adresse [REDACTED]

identifiant [REDACTED] n° structure [REDACTED]

compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : **HYRIMoz**

produit/ prestation, indiquer sa désignation précise :

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, la dosing, la posologie, la voie d'administration

long ou court ou/et/ou/

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produit nécessaire ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant : **12 mois**

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : acq soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date [REDACTED]

Je soussigné(e), Docteur [REDACTED], atteste que la prescription concernant le patient suivant est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.
S'il existe, le volet patient de l'attestation doit être remis par nos soins à ce patient.

Hôpital Paris Saint-Joseph

La prescription initiale par un établissement, date limite de la proscription consultable dans l'Healthpass : 18/07/2024 à 18h00

Docteur [REDACTED]
Institut de Proctologie
N° RPPS : [REDACTED]

Date : **06/03/2025** Signature du prescripteur [Signature]

Livraison/retour du médicament ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom [REDACTED] maison sociale [REDACTED]
[REDACTED] adresse [REDACTED]
[REDACTED] n° structure [REDACTED]

à compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

remarques obligatoires à reporter sur l'ordonnance : **HYRIMoz bivaler (percut boite de 12)**

Date de délivrance **06/03/2025**

Quiconque se rend coupable de fraude ou de falsification est punie de pénales financières, d'emprisonnement d'au moins trois ans d'emprisonnement (articles 313-2, 412-2 et 412-3 du Code pénal) et article 2, 346-13 et 346-14-1 du Code de l'assurance sociale).

Le n° 16-27 de l'ordonnance 1012 inscrit au tableau d'homologation, aux futures émissions d'ordonnances, s'applique aux personnes fixées sur ce formulaire.

Il est interdit de verser l'ordonnance et de la remettre pour les demandes non émises.

Prescpt.	Opér.	Produit	Qté	Px vte
04/12/2024	8	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 2	1	823.92
12/11/2024	E	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 2	1	823.92
12/11/2024	XC	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 2	1	823.92
05/08/2024	5	BETAMETH BGR CREME 0,05% 30g	1	1.98
06/08/2024	5	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 1	2	422.32
06/08/2024	4	ENGERIX B20MCG/ 1ML VAC1SERIN	1	15.79
		RAPPEL VACCINATION ADULTE	1	7.50
	4	ACTIFED CPR JOUR- NUIT CPR16	1	5.90
05/08/2024	4	BETAMETH BGR CREME 0,05% 30g	1	1.98
07/08/2024	E	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 3	1	1218.38
04/09/2024	E	RAPPEL VACCINATION ADULTE	1	7.50
06/08/2024	E	ENGERIX B20MCG/ 1ML VAC1SERIN	1	15.79
21/08/2024	E	ALCOOL MODIFIE 70 COOPER 125M...	1	2.50
		COMP ST 25X2 MEDICOMP NT 7,5X7,5	1	4.16
05/08/2024	E	BETAMETH BGR CREME 0,05% 30g	1	1.98
06/08/2024	XC	HYRIMoz 80MG/0,8ML STYLO SC 3	1	1218.38
06/08/2024	XC	ENGERIX B20MCG/ 1ML VAC1SERIN	1	15.79
		PREVENAR20 SER A/A 0,5ML	1	58.24

- Mme souhaite envisager une grossesse

CAS 4 : Conseils

- Encourager la patiente à discuter avec son gastro avant la conception.
→ envisagée en phase de rémission stable (risque de complications réduit).
- Ne pas arrêter seule son traitement.
- Alimentation équilibrée
- Vaccination et prévention infectieuse
- Surveillance du transit et des symptômes : consulter rapidement en cas de diarrhées persistantes, douleurs, saignements.
- Gestion du stress et soutien psychologique (les poussées sont parfois favorisées par le stress).
- Encourager la patiente à rejoindre des associations de patients (ex. AFA Crohn RCH) pour un soutien supplémentaire.

- **Rassurer** la patiente : une grossesse est souvent possible et se déroule bien si la maladie est contrôlée.
- **Vérifier les traitements en cours** (identifier ceux contre-indiqués comme méthotrexate, mycophénolate, thalidomide).
- **Accompagner la prise des compléments** (acide folique, fer, vitamines).

Anti TNF et grossesse :

Molécule	Données grossesse	Passage placentaire	Conduite au 3 ^e trimestre	Allaitement	Consignes pour le nourrisson
Infliximab (Remicade®)	Études et registres : pas ↑ malformations ni infections graves. Risque surtout lié à l'activité de la maladie.	IgG1 → fort passage, surtout T3	Dernière perfusion souvent prévue vers 22–24 SA si rémission stable (sinon maintien).	Compatible : passage lacté minime, non cliniquement significatif.	Si exposition T3 : différer vaccins vivants (BCG, rotavirus) 6–12 mois.
Adalimumab (Humira®)	Même profil que infliximab : pas d'↑ anomalies majeures, risque lié à la maladie active.	IgG1 → passage placentaire ↑ en T3	Dernière injection parfois anticipée ~28 SA si rémission, mais maintien possible.	Compatible (traces dans lait).	Même précaution vaccinale que infliximab.
Golimumab (Simponi®)	Données plus limitées mais similaires aux autres anti-TNF. Pas de signal de tératogénicité.	IgG1 → passage placentaire élevé en T3	Conduite identique : possibilité d'espacer/arrêter fin T2 selon contrôle.	Compatible (faible passage lait).	Vaccins vivants différés si exposition T3.
Certolizumab pegol (Cimzia®)	Étude CRIB : quasi absence de transfert foeto-placentaire → considéré comme le plus sûr en cas de grossesse.	Minime à nul	Pas besoin d'arrêter en T3 (exposition fœtale négligeable).	Compatible (passage lacté très faible).	Pas de restriction vaccinale spécifique (car exposition néonatale minimale).

CAS 5 : Ordonnance

cerfa
n° 1270R*02

**ordonnance de médicaments,
de produits ou de prestations d'exception**

articles R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-3 dernier alinéa du 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 (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom [redacté]
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (faconné) et si il y a lieu)

numéro d'immatriculation [redacté]
nom et n° du centre de patient ou de la section
militaire (pour les militaires) ou nom et n° de l'
organisme consulaire (pour les non militaires)

date de naissance

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (façonné) et si il y a lieu)

numéro d'immatriculation [redacté]

adresse de l'assuré(e)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom [redacté] raison sociale Dr [redacté]
adresse [redacté] Béthique du Pro
1, Avenue Jean Reclus - 60300 Beauvais

n° structure [redacté]

identifiant [redacté]

A compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (français ou générique) : Rivosp. 15 mg), pfl 3 mois.

produit de prestation, indiquer sa désignation précise

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, le dosage, la posologie, la voie d'administration
15 mg pfl 3 mois par voie orale

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie

durée du traitement, le cas échéant 3 mois

Conditions de prise en charge

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

accident de travail ou maladie professionnelle date [redacté]

Je soussigné(e), Docteur [redacté], atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé.
Si l'existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement

date 14/11/2024 signature du prescripteur [signature]

Identification du pharmacien ou du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom [redacté] raison sociale Pharmacie de la Main
adresse 5 Place Auguste Gobé
60160 MONTATAIRE
n° structure [redacté] Tél: 03 44 25 49 52

identifiant [redacté]

A compléter par le pharmacien ou le fournisseur qui délivre le médicament, le produit ou la prestation

mention obligatoire à reporter sur l'ordonnance
Rivosp 15 mg N [redacté]

date de délivrance 12/11/2024

L'ordonnance ne résulte pas d'un travail de force délivrée sur la foi d'une prescription d'ambulance ou d'exception (articles 313-2 à 313-8, 423-9, 441-1 et suivants du Code de la sécurité sociale et articles L. 212-1 à 212-2 du Code de la défense et de la sécurité sociale).
La loi n° 78-17 du 13 janvier 1978 modifie relative à l'information aux fiduciaires l'utilisation des données fiscales pour l'assurance.

DP : Amlodipine 10 mg
Kardegic 75mg
Entresto 24/26g

CAS 5 : Conseils

- ATTENTION CI dans l'insuffisance cardiaque et atcd de tabagisme !
- Observance
 - Prendre le comprimé chaque jour sans interruption.
 - oubli → prendre la dose dans les 12 h suivantes, sinon sauter la prise. Ne pas doubler les doses.
- Surveillance et précautions
 - Avant le début du traitement, le médecin doit avoir réalisé :
 - Bilan infectieux : tuberculose, hépatite B, VIH, etc.
 - Bilan sanguin : NFS, transaminases, lipides, créatinine, etc.
 - Mise à jour vaccinale (vaccins vivants contre-indiqués après le début du traitement).
- Pendant le traitement :
 - Signaler toute fièvre, toux persistante, fatigue inhabituelle, plaie qui s'infecte → risque d'infection opportuniste.
 - Éviter le contact avec des personnes malades (grippe, varicelle, zona...).
 - Surveillance biologique régulière (cholestérol, enzymes hépatiques, formule sanguine).

Conclusion :

- Pas de vaccins vivants
- Pas de tabac
- Rassurer les patients et les orienter au mieux
- Essayer de gérer le stress (stress = crise)

Le meilleur traitement , c'est parfois une oreille attentive...