

# ACTUALITÉS DANS LES MICI

---

Dr Camille Zallot

Service d'hépatogastroentérologie

CHRU Nancy

# Quand suspecter une MICI ?

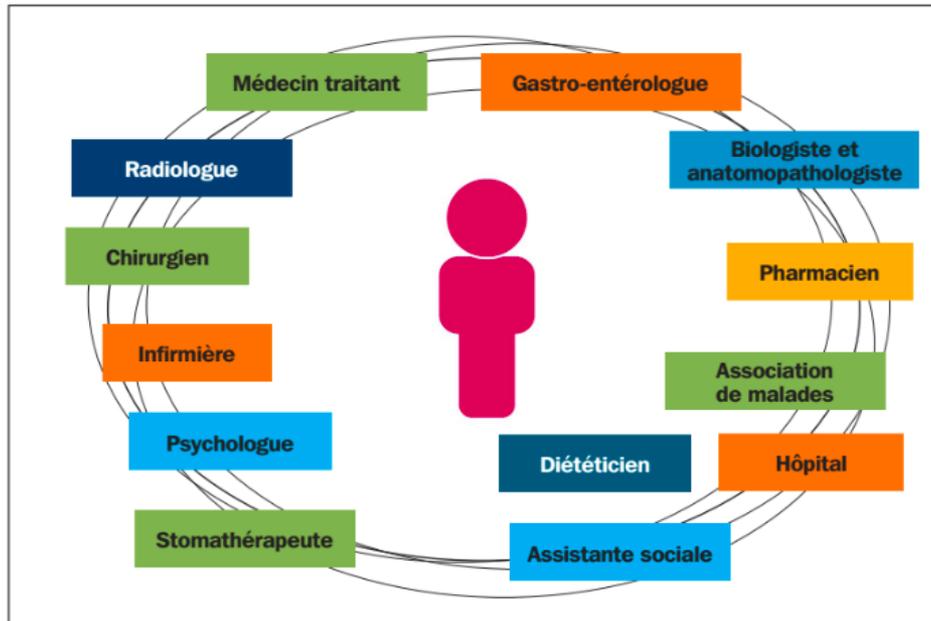
- Douleurs abdominales et/ou diarrhée chronique, rectorragies
- Manifestations extra-intestinales (CSP, oligoarthritis périphérique, SPA, érythème noueux, aphtes buccaux,...)
- Lésion ano-périnéale
- PCR élevée
- Anémie
- Carence martiale

Rôle du médecin généraliste dans le diagnostic précoce

	Signe clinique	Fréquence au diagnostic
Maladie de Crohn	Diarrhée	87 %
	Douleurs abdominales	85 %
	Amaigrissement	65 %
	Fissures, abcès fistules anales	25 %
	Syndrome occlusif	18 %
	Rectorragies/mélena	11 %
	Syndrome dysentérique	3 %
Rectocolite hémorragique	Diarrhée	78 %
	Rectorragies	74 %
	Douleurs abdominales	72 %
	Amaigrissement	59 %
	Syndrome dysentérique, proctalgie	51 %
	Alternance diarrhée-constipation	12 %
	Vomissements	10 %

# Révélation de la maladie par tableau clinique aigu

- **Péritonite** par perforation digestive
- **Abcès intra-abdominal** : douleurs intenses en FID, d'installation progressive associées à fièvre + AEG
  - scanner en urgence
- **Colite aiguë grave** : plus de 5 évacuations glairo-sanglantes par jour + au moins un des signes suivants:
  - Tachycardie > 90 bpm
  - Fièvre > 37,8°C
  - Hémoglobine < 10,5 d/dL
  - VS > 30 ou CRP > 45 mg/L
  - Hospitalisation en urgence pour traitement IV intensif



**Tableau 8.** Liste non exhaustive des points à aborder et à gérer chez les malades atteints de MICI

Le suivi de la maladie	Le projet de vie
L'évolution naturelle de la maladie	La vie active/les études/le travail
Les poussées et la rémission	La vie relationnelle et affective
Les différents traitements médicamenteux	Les relations avec la famille et les amis
L'observance	Le sport et l'activité physique
Les effets secondaires et la pharmacovigilance	La fatigue
Les informations sur Internet	Le désir d'enfant et la grossesse
La chirurgie et les stomies	La consommation de tabac
L'alimentation pendant une poussée	Les équipes de soignants
L'alimentation en dehors des poussées	La santé sexuelle
L'angoisse et l'agressivité	Les problèmes spécifiques des adolescents et des adultes jeunes

# Outils thérapeutiques disponibles en 2017

- **Les dérivés salicylés :**

- Traitement d'attaque et d'entretien des formes légères à modérées dans la RCH
- Dans les formes distales : administration par voie locale (lavements, suppositoires)
- Efficacité voisine du placebo dans la MC

- **Les corticoïdes:**

- Utiles dans la RCH en cas d'échec des salicylés ou poussée sévère
- Poussée inaugurale de MC. En cas de maladie réfractaire : recours rapide aux immunosuppresseurs et/ou biothérapies

# Outils thérapeutiques disponibles en 2017

- **Les immunosuppresseurs conventionnels : thiopurines et méthotrexate**
  - Objectif : rémission clinique sans corticoïdes
  - Effet suspensif
  - Risque accru de lymphome et de cancers cutanés non mélanocytaires
  - Utilisés dans la MC dans les formes modérées cortico-dépendantes, chez les malades non compliqués, en association aux antiTNF
  - Dans la RCH : traitement d'entretien en cas d'échec ou d'intolérance aux salicylés
  - Méthotrexate : efficacité comparable à l'AZA dans la MC, débattue dans la RCH
  - Risque de myélotoxicité : surveillance de la NFS

# Outils thérapeutiques disponibles en 2017

- Les biothérapies :
  - **Anti-TNF (infliximab, adalimumab, golimumab)**
    - Bénéfice : rémission sans corticoïdes, cicatrisation endoscopique, prévention des complications
    - Efficacité inversement corrélée à l'ancienneté de la maladie
    - D'emblée en cas de MC étendue ou compliquée
    - En cas d'échappement à l'antiTNF : optimisation ou changer de molécule
  - **Védolizumab**
    - Anti-intégrine bloquant le trafic de lymphocytes vers le tube digestif
  - **Ustekinumab**

# Traitements immunomodulateurs des MICI dans la vraie vie : données françaises

- **Méthode**

- Données de l'Assurance maladie (2009-2013)
- 100 112 maladies de Crohn (MC) et 98 889 rectocolites hémorragiques (RCH)

- **Résultats**

Premier traitement immunomodulateur	AZA mono	IFX mono	Combithérapie
MC (%)	69,1	24,8	6,1
RCH (%)	78,2	17,7	4,1

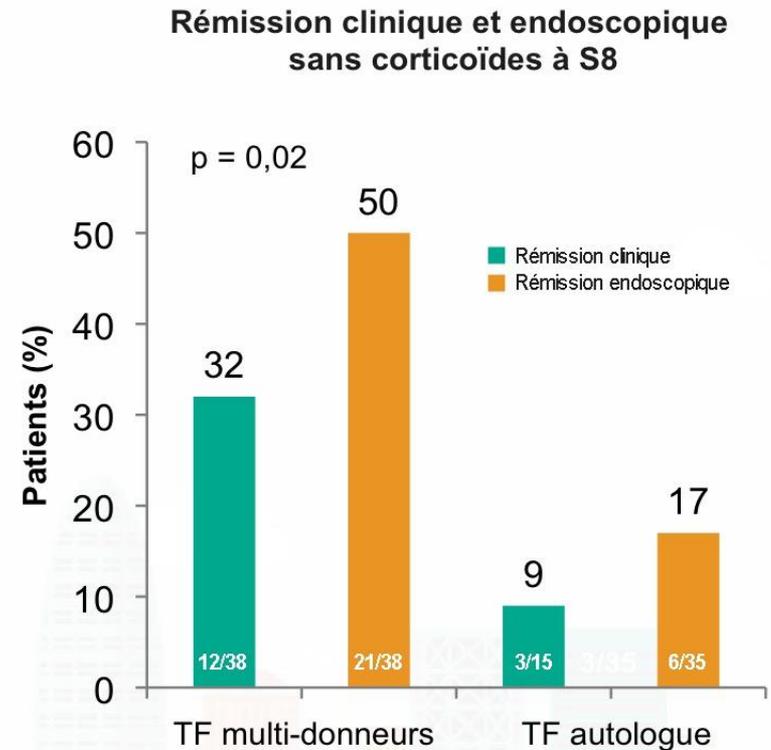
- Intensification du traitement : 50 % dans la MC et 40 % dans la RCH
- Taux de chirurgie à 5 ans : 14 % dans la MC et 6 % dans la RCH

À 5 ans	IFX mono	Combithérapie
MC (%)	36,8	25

\* Pas de données rapportées sur le suivi de la RCH.

- Rationnel
  - La transplantation fécale a montré son intérêt dans le RCH
- Méthode
  - Étude prospective, multicentrique, randomisée contre placebo (transplantation autologue)
    - Critère d'analyse principal : rémission clinique sans corticoïdes à S8
    - 69 patients inclus

- Résultats



→ Cette technique de transplantation fécale moins contraignante démontre son intérêt dans la RCH minime à modérée réfractaire

# Suivi des patients MICI

Type d'examen	Type de patient	Rythme de réalisation
Examen clinique	Tous	Tous les 6 mois (3 mois en cas de maladie active)
Hémogramme, ferritinémie, PCR	Tous	Tous les 6-12 mois (selon l'activité de la maladie)
Calprotectine fécale	Tous	Tous les 6-12 mois (selon l'activité de la maladie)
Vitamine B <sub>12</sub> , folates	Atteinte grêlique ou antécédent de résection iléale	Tous les ans
EntéroIRM	Maladie de Crohn	Tous les 1-2 ans
Coloscopie	RCH ou maladie de Crohn colique	Tous les 1-2 ans chez les malades à haut risque Tous les 3-4 ans chez les malades à faible risque
Bilan hépatique	Patients sous immunosuppresseurs ou anti-TNF $\alpha$	Tous les trois mois
Bilan rénal	Patients sous 5-ASA	Tous les 6 mois
Examen dermatologique	Patients sous immunosuppresseurs ou anti-TNF $\alpha$	Selon phototype et antécédents de nævi
Examen gynécologique	Patientes sous immunosuppresseurs ou anti-TNF $\alpha$	Tous les ans

# Situation spéciale : prévention de la récurrence post-opératoire

- 75 % des patients MC seront opérés au cours de leur vie
- Récurrence clinique à 10 ans : 60 %
- Nouvelle chirurgie à 20 ans : 70 %

Coloscopie systématique à 6 mois de la chirurgie

# MICI et hérédité

- Histoire familiale de MICI : facteur de risque de MICI
- Risque d'avoir une MICI est plus important en cas d'antécédents familiaux (MC > RCH)
- 5,5 % à 22,5 % des patients atteints de MICI ont un autre membre de la famille atteint également



# MICI et hérédité

- Risque pour la descendance estimé : 2 à 3 % pour MC et 0,5 % à 1 % pour la RCH
- Risque majoré si les 2 parents sont atteints d'une MICI (30 %)
- En cas d'ATCD familiaux de MICI :
  - Diagnostic à un âge plus jeune
  - Pas d'influence sur la sévérité de la maladie
- Inutilité des tests de dépistage

# MICI et grossesse

- Planifier une grossesse avec l'équipe médicale
- MICI en rémission = fertilité identique à celle de la population générale (sauf après AIA). Réduction de la fertilité en cas de MC active
- Débuter une grossesse en période de rémission. Pas d'influence de la grossesse sur les poussées de la maladie
- Suivi multidisciplinaire pendant la grossesse
- Ne pas oublier que la plupart des grossesses se passent normalement !!!!

- Méthode

- Les recommandations de l'ECCO proposent d'interrompre tous les anti-TNF entre la 22<sup>e</sup> et la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse (SG), pour en limiter le passage placentaire

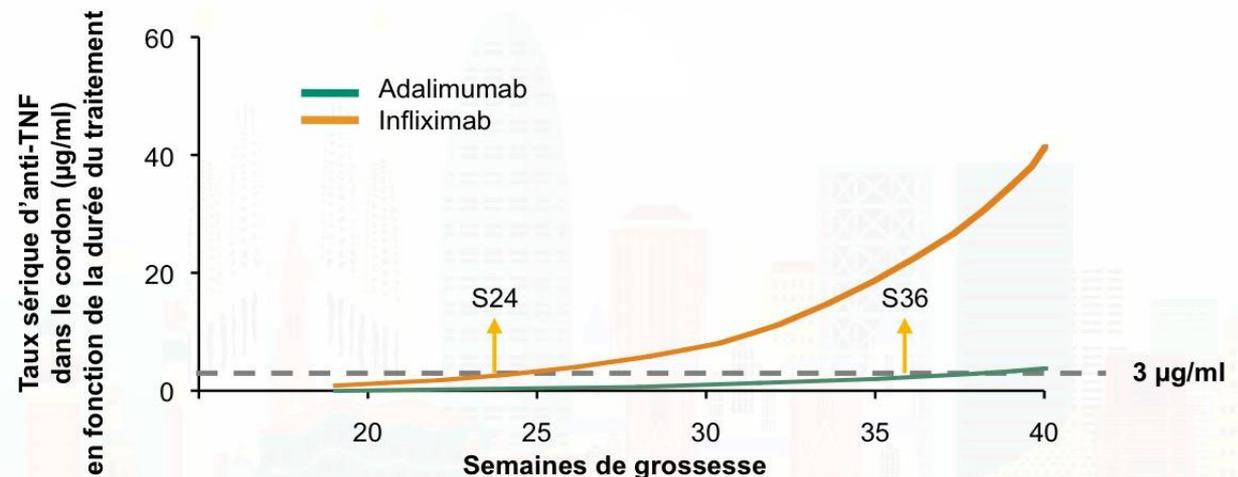
- Objectif

- Définir le moment optimal d'arrêt des anti-TNF pour avoir un taux chez le nouveau-né < 3 µg/ml

- Résultats

- 94 grossesses menées à terme
- Arrêt des anti-TNF entre 22 et 24 SG
- Taux médian d'anti-TNF dans le cordon :
  - IFX : 4,9 µg/ml
  - ADA : 1,1 µg/ml

→ En cours de grossesse,  
l'ADA pourrait être  
interrompu au milieu  
de 3<sup>e</sup> trimestre



- Étude prospective ayant inclus toute femme porteuse de MICI lors d'une visite de "préconception" avec suivi de la grossesse et de l'enfant après la naissance
  - 225 naissances (122 patientes MICI, 78 naissances sous thiopurines)
- **Objectif** : étudier l'impact de l'exposition aux thiopurines pendant la grossesse sur l'évolution de l'enfant à court et moyen terme
- **Résultats**

Exposition in utero aux thiopurine non associée à un risque de fausse couche

	Exposition aux thiopurines (n = 146)	Pas d'exposition aux thiopurines (n = 254)	p
Fausses couches (%)	34 (23,8)	42 (16,7)	0,21
Enfants vivants (%)	100 (68,5)	185 (72,8)	0,19

Évolution à 1 an de l'enfant (n = 171)

	p
Croissance anormale	1,00
Infection nécessitant une antibiothérapie	0,43
Hospitalisation pour infection	0,49
Allergie	0,08
Réaction vaccinale	1,00
Maladie chronique	1,00

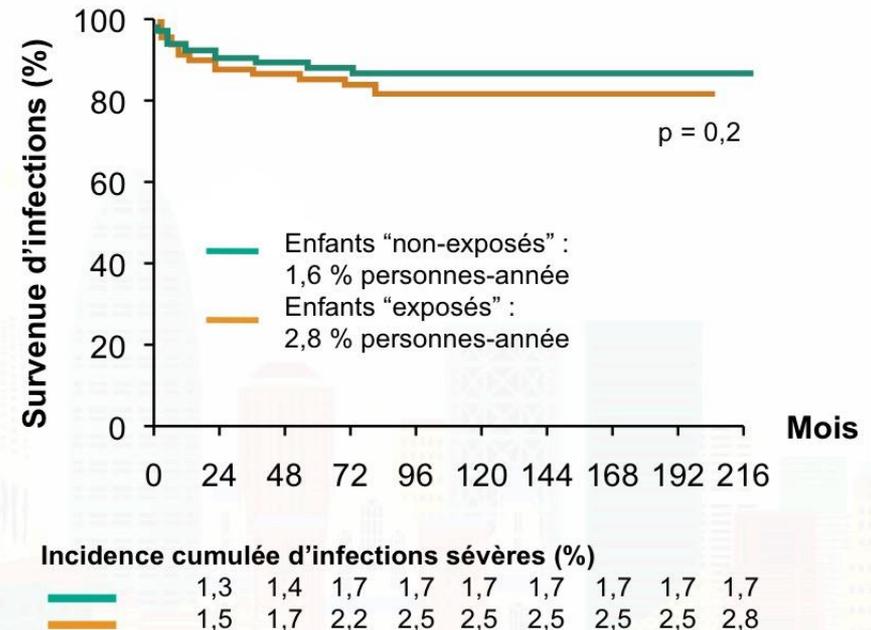
→ **Aucune évolution péjorative à court et moyen terme chez l'enfant exposé aux thiopurines pendant la grossesse par rapport aux enfants non exposés**

- Méthode
  - Travail rétrospectif multicentrique
- Objectif
  - Évaluer le risque relatif d'infections sévères chez les enfants nés de mères traitées par anti-TNF
  - 841 patientes évaluées, réparties en 2 groupes :
    - Mères traitées par anti-TNF (n = 388)
    - Mères non traitées par anti-TNF ou immunosuppresseurs (n = 453)

• Résultats

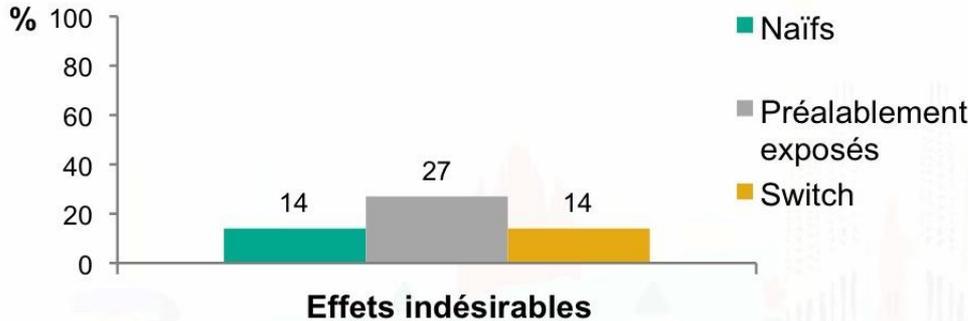
- Survenue d'effets indésirables (tous types confondus)

→ Des données rassurantes quant à l'utilisation des anti-TNF chez les femmes enceintes atteintes de MICI



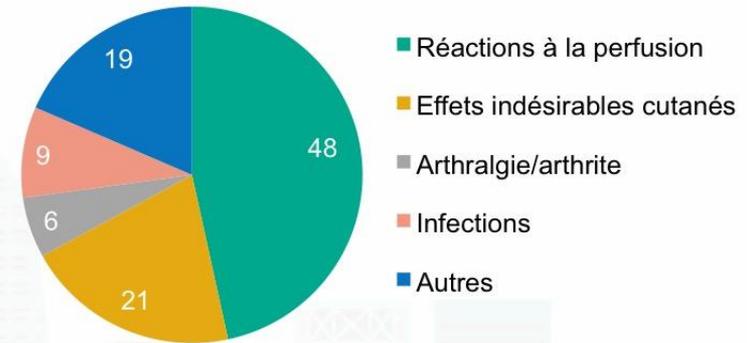
- Méthode
  - Cohorte prospective multicentrique italienne
  - 801 patients traités par le biosimilaire de l'IFX (CT-P13) depuis 2015 séparés en 3 groupes :
    - Naïfs d'anti-TNF ; préalablement exposés à l'IFX ; changement volontaire de l'IFX de référence au CT-P13
- Objectif principal : tolérance à 1 an
- Résultats

**Effets indésirables (tous types confondus)**



Naïfs vs switch **1,26** (0,76-2,20), p = NS  
 Naïfs vs préalablement exposés **0,51** (0,35-0,75), p < 0,001  
 Préalablement exposés vs switch **2,48** (1,46-4,37), p < 0,001

**Effets indésirables (%) [n=139]**



➔ **Des données rassurantes quant à l'utilisation des biosimilaires chez nos patients atteints de MICI**

# NOR-SWITCH ou la démonstration norvégienne de la non-infériorité de l'infliximab biosimilaire par rapport à l'infliximab princeps

## • Méthode

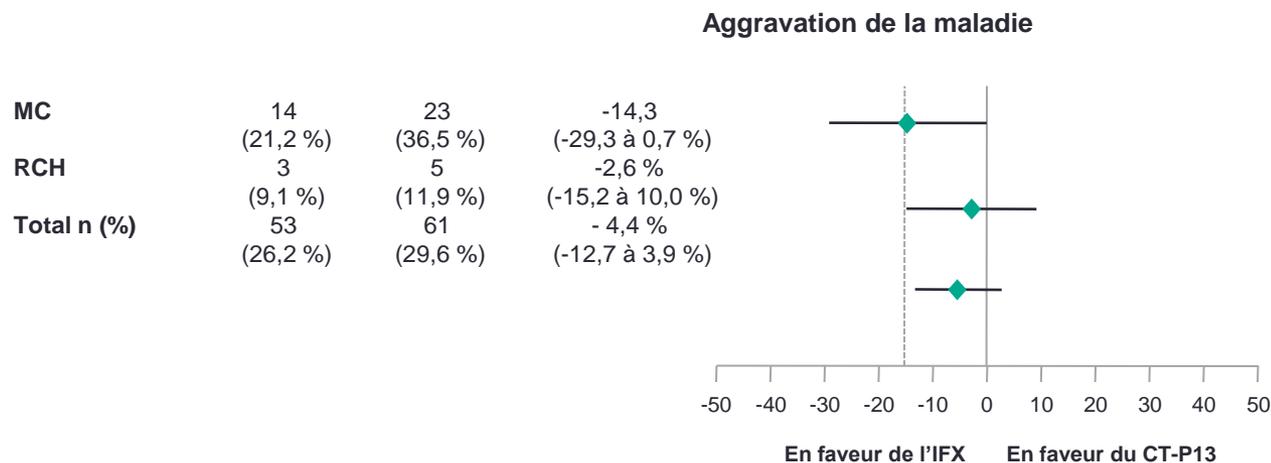
- Essai norvégien randomisé en groupe parallèle en double aveugle (40 centres) comparant l'infliximab (IFX) princeps à l'infliximab biosimilaire (CT-P13) en traitement d'entretien de la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite, le rhumatisme psoriasique, la rectocolite hémorragique (RCH), la maladie de Crohn (MC) et le psoriasis cutané

## • Objectif principal : taux d'aggravation de la maladie à 12 mois

- Critère d'inclusion : durée de traitement par l'infliximab princeps > 6 mois

## • Résultats

- 408 patients (dont 155 MC et 93 RCH) : 202 IFX princeps, 206 CT-P13



# Complications au cours des MICI

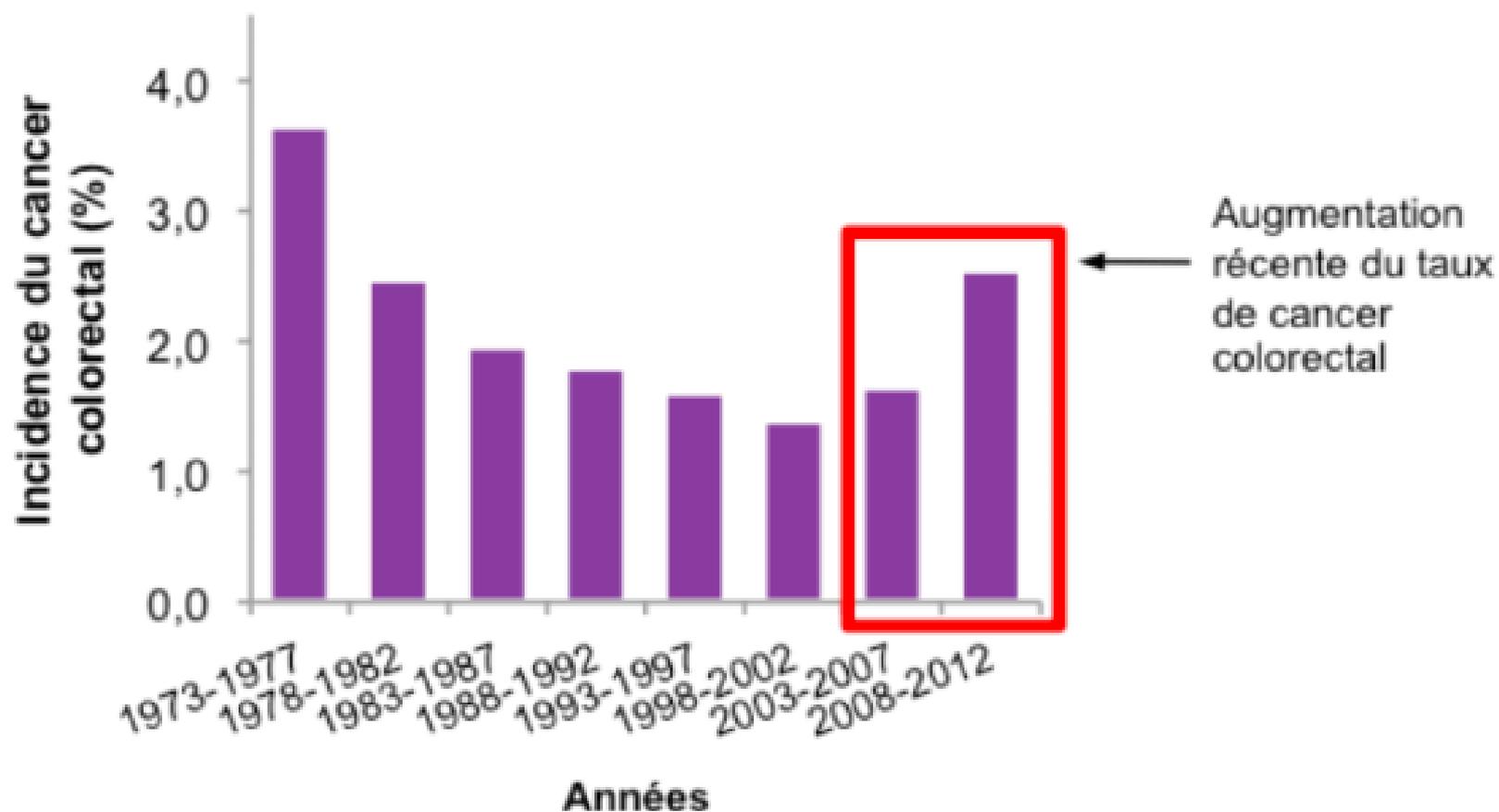
- Risque de cancer colorectal

## 1. Surveillance du risque de cancer colorectal

Le rythme de surveillance est fonction de quatre facteurs de risque identifiés : une pancolite, une inflammation endoscopique et/ou histologique sévère, la présence de pseudopolypes et/ou d'une sténose colique et l'existence d'un antécédent de CCR chez un apparenté du premier degré<sup>(1,2)</sup>. Une coloscopie devra être pratiquée tous les ans ou tous les deux ans chez les malades à haut risque (3-4 points) et tous les trois à quatre ans chez ceux à risque modéré (0-2 points)<sup>(1,2)</sup>. En cas d'association à une cholangite sclérosante primitive, une coloscopie annuelle doit être réalisée dès le diagnostic et y compris après la transplantation hépatique.

# Données récentes

## Taux de cancer au cours des 40 dernières années

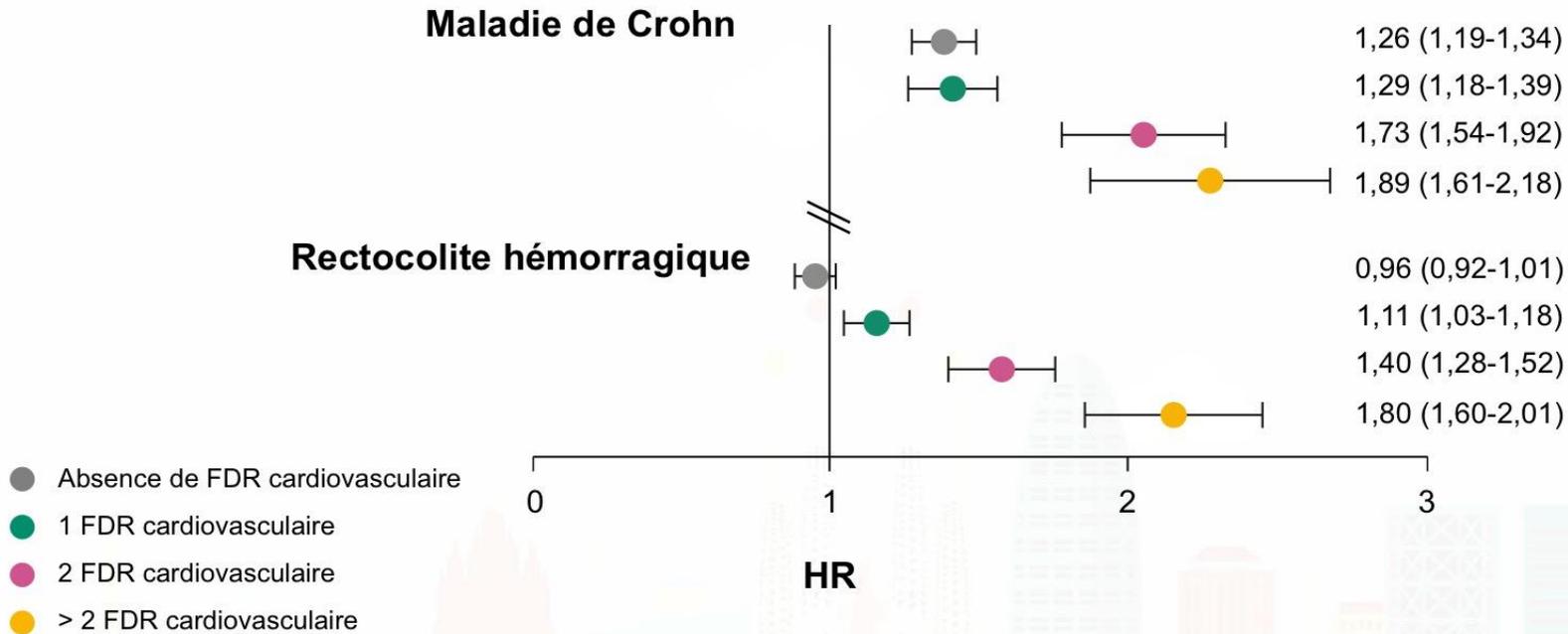


- Méthode
  - Données de la CPAM entre 2008 et 2013
- Résultats
  - 210 162 patients atteints de MICI
  - 5 554 accidents artériels (57 % de syndromes coronariens, 31 % d'AVC)
  - Comparaison par rapport à la population générale appariée sur l'âge et le sexe

Maladie de Crohn	SIR	IC <sub>95</sub>	p
Total	1,35	1,30-1,41	< 0,0001
Syndrome coronarien aigu	1,31	1,24-1,38	< 0,0001
AVC	1,33	1,23-1,43	< 0,0001
Artériopathie périphérique	1,65	1,46-1,83	< 0,0001

Rectocolite hémorragique	SIR	IC <sub>95</sub>	p
Total	1,10	1,06-1,13	< 0,0001
Syndrome coronarien aigu	1,10	1,05-1,15	< 0,0001
AVC	1,11	1,04-1,17	< 0,01
Artériopathie périphérique	1,07	0,96-1,18	0,21

Survenue d'un accident artériel aigu en fonction  
du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire



→ Les MICI augmentent le risque d'accident artériel aigu indépendamment des facteurs de risque cardiovasculaire

# Risque d'infections virales

- **Pas de surmortalité globale par surinfection**
- Risque de varicelle sévère et de MNI sous thiopurines
- Surveillance du statut EBV notamment chez les enfants avant de débuter un traitement
- En cas de fièvre inexpliquée : charge virale EBV et CMV
- *Infections opportunistes*
  - bilan pré-thérapeutique spécifique (incluant les vaccinations) avant de débuter un traitement immunosuppresseur
  - pause des traitements immunosuppresseurs avant vaccination par vaccins vivants atténués
  - prise en charge multidisciplinaire des infections sévères sous immunosuppresseurs (infectiologue et spécialiste d'organe)

• **Méthodes**

- Cohorte MICISTA (Saint-Antoine, Paris) entre 2005 et 2014, identification des infections sévères
- Ratio d'incidence standardisé par rapport à la population générale des patients hospitalisés
- Appariement des cas avec des contrôles (1:4) selon l'âge, le sexe, la MICI, la durée d'évolution

• **Objectif** : déterminer l'incidence et les facteurs de risque d'infections virales sévères sous immunosuppresseurs

• **Résultats** : 2 645 patients, durée moyenne de suivi de 6,2 ans, 31 infections virales sévères

<b>Incidence : 1,83 pour 10<sup>5</sup> patients-année</b>
<b>Cytomégalovirus systémique (n = 13)</b>
Epstein Barr Virus (n = 10)
Virus varicelle zona (n = 5)
Herpes Simplex Virus (sévère) [n = 3]

- 94 % des infections virales sévères étaient hospitalisées
- Aucun décès observé

Étude cas-témoins, facteurs de risques associés aux infections virales (OR, [IC <sub>95</sub> ], multi-variée)	
Corticostéroïdes	NS
Méthotrexate	NS
Thiopurine	3,48 (1,36-8,90)
Anti-TNF	NS
Maladie active	3,2 (1,36-9,23)

➔ **Le traitement par thiopurine augmente le risque d'infection virale sévère**

# Risque d'infection sévère et d'infection opportuniste au cours des MICI

## • Méthode

- Étude à partir des données de l'Assurance Maladie (MICI en affection de longue durée, hospitalisations entre 2009 et 2013)
  - Analyse des taux d'infections sévères ou opportunistes
  - Score de propension

## • Résultats

- 187 329 MICI, suivi médian de 4,9 ans

Type d'infections chez les patients de 18 à 64 ans	Thiopurine versus ni anti-TNF ni thiopurine	Anti-TNF versus ni anti-TNF ni thiopurine	Combothérapie versus ni anti-TNF ni thiopurine	Anti-TNF mono versus thiopurine mono	Combothérapie versus anti-TNF
Sévères	1,27 (1,15-1,39)	2,31 (2,10-2,53)	3,03 (2,62-3,50)	1,82 (1,67-1,99)	1,31 (1,14-1,51)
Opportunistes	5,04 (3,88-6,55)	6,10 (4,56-8,16)	12,9 (8,95-18,6)	NS	2,12 (1,49-3)

# Risque de cancers

- *Lymphomes*
  - Lymphomes liés à l'EBV après réactivation infectieuse latente chronique
  - Lymphoprolifération post-mononucléose infectieuse (jeune homme EBV -)
  - Lymphome T hépato-splénique (combothérapie ++)
- *Cancers solides*
  - Cancers épithéliaux cutanés (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes) : surveillance dermatologique et protection solaire
  - Mélanomes
  - Lésions néoplasiques cervicales utérines liées à l'HPV : FCV annuel et vaccination

# Risque de lymphome au cours des MICI

- **Méthode**

- Étude observationnelle à partir des données de l'Assurance Maladie (2009-2014)
  - Risque de lymphome sous thiopurine (mono), infliximab (IFX) et combothérapie
  - 187 362 MICI (âge moyen 43 ans, 51% MC) avec suivi médian de 4,9 ans

- **Résultats** après ajustement sur âge et score de propension

Traitement	Ni thiopurine ni IFX	Thiopurine mono	IFX mono	Combothérapie
Patients.année	522 487	111 113	60 736	11 514
Lymphomes n (HR ; IC <sub>95</sub> )	166	56 (2,02 ; IC <sub>95</sub> : 1,08-2,26)	31 (1,75 ; IC <sub>95</sub> :1,15-3,03)	13 (4,83 ; IC <sub>95</sub> :2,51-9,16)

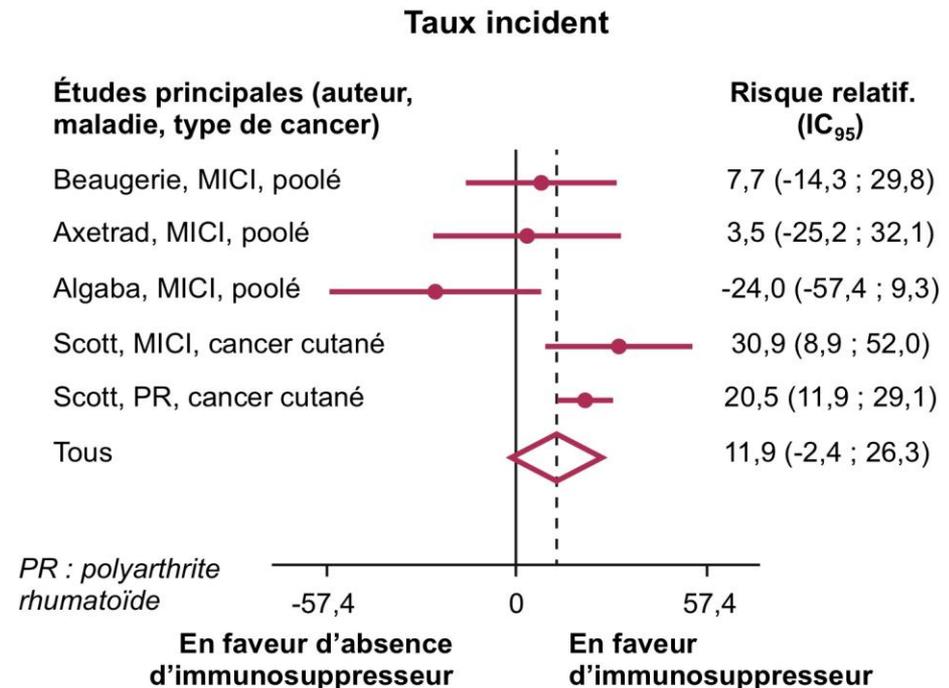
- **Objectif**

- Méta-analyse du risque de récurrence de cancer en fonction du traitement proposé – immunosuppresseurs (IS), anti-TNF, traitement combiné ou non – dans les pathologies inflammatoires chroniques : polyarthrite rhumatoïde, MICI, psoriasis

- **Résultats** : 16 études incluses (11 702 patients soit 31 258 patients/année)

	Pas d'immunosuppresseur	immunosuppresseur	Anti-TNF
<b>Cancers cutanés</b>	50,8	71,6*	55,5
<b>Autres cancers (sauf cancers cutanés)</b>	31,2	26,3	24,3

→ **Taux de récurrence de cancer identiques sous ou sans IS et/ou anti-TNF**



# Vaccination et MICI

- Pratiquer les rappels prévus par le calendrier vaccinal
- Respecter les vaccinations obligatoires selon les professions
- Vacciner contre le VHB les patients non immunisés
- Vacciner contre le VZV les patients non immunisés
- Respecter l'obligation de vacciner contre la fièvre jaune les patients séjournant ou devant séjourner en zone d'endémie
- Vacciner contre l'HPV les jeunes adolescents
- **Contre-indication des vaccins vivants atténués sous immunosuppresseurs ou corticothérapie prolongée.** Les autres vaccins inactivés ou recombinants sont sans risques

# ETP dans les MICI

## Information et soutien associatifs



L'association de patients AFA - Vaincre la maladie de Crohn et la recto-colite hémorragique, organise environ une fois par trimestre au niveau départemental, des tables rondes sur différentes thématiques.

Elle tient également une fois par mois une permanence, afin de se rencontrer entre patients, proches et bénévoles, et échanger sur son quotidien lorsque l'on est atteint de maladies inflammatoires chroniques intestinales.

## Contact

Association François Aupetit (AFA)  
Déléguée départementale 54 :  
Mireille  
Email : [afas4@afa.asso.fr](mailto:afas4@afa.asso.fr)  
Site Internet : [www.afa.asso.fr](http://www.afa.asso.fr)



## Programme EDU MICILOR

**ASSOCIATION MICILOR**  
CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois  
Bâtiment principal, service Hépato-Gastro-Entérologie - 5<sup>e</sup> étage - secteur 4  
Rue du Morvan  
54511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY

Pr Laurent PEYRIN-BIROULET,  
Président

Muriel VETLIN,  
Coordinatrice du Programme ETP  
03 83 15 41 87

Mélanie MONIERO,  
Coordinatrice MICILOR  
03 83 15 42 27

Email : [muriel.vetlin@micilor.com](mailto:muriel.vetlin@micilor.com)  
[melanie.moniero@micilor.com](mailto:melanie.moniero@micilor.com)

Site Internet : [www.micilor.com](http://www.micilor.com)

## Accès

En voiture : entrée rue du Morvan - Parkings, avenue de Bourgogne

En bus : lignes 1 (Vandœuvre / CHU Brabois), 8 (bâtiment Adultes), Mobilisat Vandœuvre, SubOuest 512, 51

Station de taxis à l'entrée du bâtiment principal (avenue de Bourgogne)

À vélo : parking sécurisé pour vélos et Stan-boutic dans le parking relais du Grand Nancy

Document à caractère pédagogique à destination du CHRU de Nancy, août 2014

Programme d'éducation thérapeutique du patient dédié aux Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI)

## EDU MICILOR

Avec le soutien de MICILOR,  
1<sup>er</sup> réseau Lorrain des Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales

Pour mieux comprendre et mieux vivre la maladie au quotidien



## L'Éducation Thérapeutique du Patient



« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches, sous réserve qu'elle se déroule dans le cadre d'un programme structuré. »

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

## Maladie de Crohn Recto Colite Hémorragique

### EDU MICILOR

a pour objectif principal de vous aider à gérer la maladie et ses conséquences, d'optimiser votre prise en charge, de renforcer votre autonomie et d'améliorer votre qualité de vie.

**Vous devenez ACTEUR de votre maladie**

## Participer à des séances d'éducation thérapeutique

Un premier entretien permet de faire un diagnostic éducatif personnalisé afin de répondre au mieux à vos besoins et vos attentes.

Plusieurs séances peuvent vous être proposées de façon à aborder des thèmes spécifiques qui permettront d'optimiser votre quotidien avec la maladie :

- comprendre la maladie, ses effets et ses complications,
- connaître son traitement et l'importance d'une bonne observance,
- intégrer la maladie à sa vie personnelle et socio professionnelle, interagir avec son entourage
- pratiquer l'auto injection si traitement injectable...

L'adhésion au programme EDU MICILOR autorisée par l'Agence Régionale de Santé, vous permet de bénéficier de séances individuelles personnalisées, de séances collectives, d'un suivi des compétences acquises et/ou de séances de renforcement si besoin.

Les séances se déroulent au sein de l'association MICILOR, situé sur le site de Brabois du CHRU de Nancy.

Vous pouvez prendre rendez-vous au 03 83 15 41 87 du lundi au vendredi de 9h à 16h

# Education thérapeutique du patient

## Pourquoi un programme ?

- Pathologies chroniques et **invalidantes**
- 200 000 personnes en France, 10 000 en Lorraine
- File active de 1500 patients au sein du service d'hépatogastro-entérologie du CHU de Nancy
- Recours aux soins fréquents, **demande d'information, déficit d'adhésion thérapeutique**
- Altération de la qualité de vie, **handicap fonctionnel ++**



# Objectif du programme

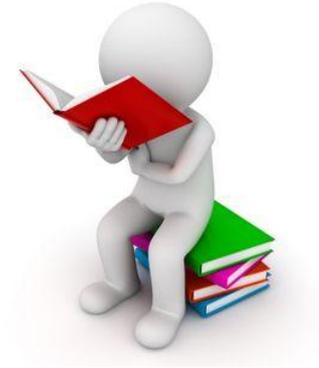


Améliorer la prise en charge et la qualité de vie du patient en lui donnant les moyens de mieux **gérer** sa maladie et son traitement



- **Diagnostic Educatif :**

- Attentes, besoins pédagogiques et psychosociaux, projets
- Définir avec le patient ses priorités
- Séances individuelles ou collectives
- Si compétence de sécurité → prise en charge rapide



- **Connaissance de la Maladie :**

- Exploration des représentations du patient, de sa santé, de sa maladie
- Compréhension de la maladie et identification des causes

- **Prise en charge thérapeutique :**

- Consacrée aux conduites à tenir et aux traitements

- **Croyances alimentaires :**

- Croyances alimentaires / MICI
- Connaissances pour adapter l'alimentation lors des poussées

- **Impact socio professionnel :**

- Intégration de la maladie dans la vie personnelle, professionnelle et sociale



- **Permanences AFA :**

4<sup>e</sup> lundi de chaque mois de 10h à 12h au 9<sup>e</sup> étage

- **Evaluation des compétences acquises**

# Un site internet dédié aux patients avec une MICI



MICILOR · RÉSEAU VILLE - HÔPITAL  
Premier centre virtuel des MICI en France

Accueil

MICILOR

ETP

Télémédecine

Informations des professionnels de santé

Actualités



## L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Le programme d'Éducation Thérapeutique EDU-MICILOR du CHU de Brabois est développé pour améliorer la prise en charge et la qualité de vie du patient. Il lui donne les moyens de mieux connaître sa maladie et son traitement.

[EN SAVOIR PLUS →](#)



## TÉLÉMÉDECINE

MICILOR propose à ses patients adhérents un suivi à distance via deux applications mobile, **Carmelia** et **IBDoc** et également des consultations à distance un mardi soir par mois de 18h à 19h.

[EN SAVOIR PLUS →](#)



## INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

MICILOR met en place des programmes réguliers de e-santé destinés aux professionnels de santé sous forme de **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)**.

[EN SAVOIR PLUS →](#)

Les **Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales** (appelées **MICI**) comprenant la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, sont des maladies chroniques, **invalidantes**, touchant principalement des **sujets jeunes** (15-35 ans) même si elles peuvent survenir à tout âge et qui restent **incurables** à ce jour.

Ces maladies chroniques qui touchent **200.000 personnes en France** dont 10.000 en Lorraine, ont un impact majeur sur le quotidien des patients (fatigue, qualité de vie altérée, handicap fonctionnel, anxiété/dépression) pour lesquels il est parfois difficile de maintenir une vie socio-professionnelle normale.



## Les objectifs de MICILOR

- Le développement d'un service de **télé-médecine** pour permettre un suivi ambulatoire des patients : **télé-monitoring** (suivi à domicile grâce aux applications *Carmélia* et *IBDoc*) et **télé-expertise** (discussion entre professionnels de santé de dossiers patients posant un problème de prise en charge et traités en dehors du CHRU de Nancy)
- La mise en place d'un **programme d'Education Thérapeutique Personnalisée** en étroite collaboration avec le CHRU de Nancy
- **L'éducation, l'information et la formation** de l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge les patients avec une MICI.



## L' équipe MICILOR

### **Pr. Laurent PEYRIN-BIROULET**

- \* Président de MICILOR
- \* Gastro-entérologue hospitalier
- \* Classé 2ème expert mondial de la maladie de Crohn
- \* Passages télévisés (France 5, France 2, Euronews, Canal +...)
- \* Articles de presse (Est Républicain, Le Figaro, Le Quotidien du Médecin...)

### **Mme Muriel VELTIN**

- \* Coordinatrice du programme d'éducation thérapeutique
- \* Infirmière diplômée d'état spécialisée dans les MICI

### **Dr Camille ZALLOT**

- \* Gastro-entérologue hospitalier

### **Dr Arthur BELLE**

- \* Assistant chef de clinique en gastro-entérologie

### **Mme Mélanie MONTERO**

- \* Coordinatrice de MICILOR

