



Service de Gastroentérologie de l'Hôpital de Sion

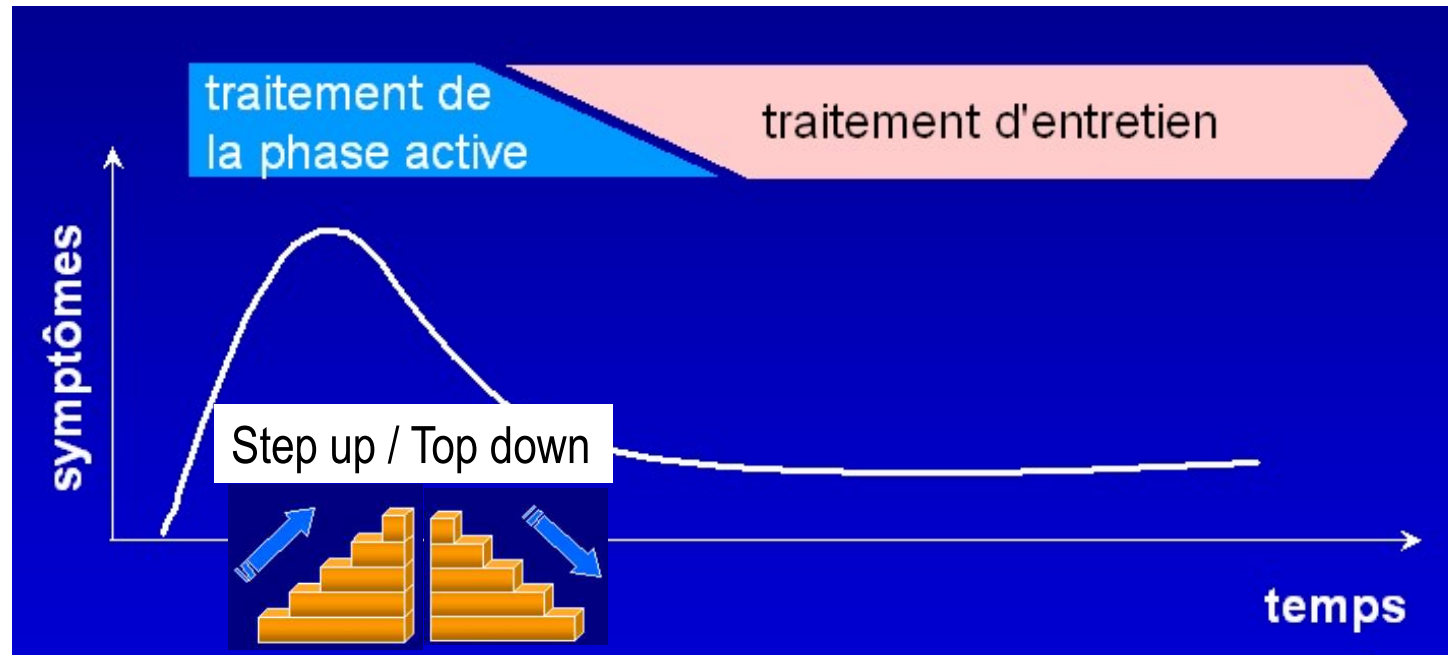
Centre Sédunois de Gastro-entérologie SA

Revue et résumé des traitements par biologiques et small molecules

12 mars 2026

Dr med Christian Mottet, DPhil Oxford, Privat docent Unil/CHUV
Médecin-chef, Service de Gastro-entérologie du CHVR, Hôpital de Sion
Centre Sédunois de Gastroentérologie SA, Ronquos 35, 1950 Sion

Traitement des MICI



Pourquoi un traitement d'entretien

Risque de rechute très élevé

Crohn:	18-24 mois après rémission médicale*:	54-78%
	36 mois après rémission chirurgicale**:	34-86%
RCUH:	Maladie intermittente ou persistante:	50-75%

* Landi et al, *Gastroenterology* 1992
Summers et al, *Gastroenterology* 1979
** McLeod et al. *Gastroenterology* 1997

Traitement des MCI

Aminosalicylates (RCH !)

Immunomodulateurs



Per os vs topique
PREDNISONNE vs BUDESONIDE

- Entocort
- Budenofalk
- Cortiment MMX



Biologiques

«small molecules» JAK -tinib



Chirurgie



Effets secondaires des stéroïdes au long cours

- Hypertension: <20%
- Diabète: 2.33 RR de débuter de l'insuline
- Infection: 13-20%
- Osteonécrose: 5%
- Ostéoporose: <50%
- Myopathie: 7%
- Cataracte: 22% (dose-dependent), glaucome
- Psychose: 3-5%



- Surveillance TA
- Glycémies
- Infections
 personne âgée
- Densitométrie
- Suppl Calcium+vit D3
- contrôle ophtalmo
- Etat psychologique

[Nurses](#)[Patients](#)[SIBDC](#)[News](#)[Contact](#)[Donate](#)[Become a Member](#)[Login](#)

IBDnet

Swiss Research and Communication
Network on Inflammatory Bowel Disease

[About](#)[Education](#)[Research](#)[Quality of Care](#)[Publications](#)[Recommendations](#)[Advanced Therapies](#)[Reimbursement](#)

Recommendations

Under the auspices of IBDnet, various position papers and recommendations on the management of IBD have been produced in recent years. These papers aim to support you in the treatment of IBD patients.

Currently approved advanced therapies

In the field of advanced IBD therapies, significant progress has been made in recent years. The long-established class of anti-TNF agents has been complemented by additional therapeutic options, including anti-interleukins, anti-integrins, S1P modulators, and JAK inhibitors.

IBDnet has compiled an overview of the agents currently approved for use (status of information: March 2026).



[Overview advanced therapies \(DE\) ↓](#)

[Overview advanced therapies \(FR\) ↓](#)

THÉRAPIES AVANCÉES DANS LES MICI (IBD)

classe de substance		anti-TNFa				anti-interleukine				anti-intégrine	modulateurs S1P		inhibiteurs JAK	
molécule cible		TNFa	TNFa	TNFa	TNFa	IL-23	IL-23	IL-23	IL-12/23	a4b7-intégrine	S1P ₁ , S1P ₂ , S1P ₃	S1P ₂ et S1P ₃	JAK1/3	JAK1
substance active		Adalimumab	Certolizumab pegol	Golimumab	Infliximab	Guselkumab	Mirizumab	Risankizumab	Ustekinumab	Vedolizumab	Etrasimod	Ozanimod	Tofacitinib	Upadacitinib
Dénom. comm. (spécialité orig.)		HUMIRA®	CIMZIA®	SIMPONI®	REMICADE®	TREMFYA®	OMVOH®	SKYRIZI®	STELARA®	ENTYVIO®	VELSIPITY®	ZEPOSIA®	XELJANZ®	RINVOQ®
titulaire de l'AMM (spécialité orig.)		AbbVie	UCB	J & J	J & J	J & J	Eli Lilly	AbbVie	J & J	Takeda	Pfizer	BMS	Pfizer	AbbVie
biosimilaires autorisés		•			•				•					
structure		anticorps, humain	fragment, FLA pegylé, humanisé	anticorps, humain	anticorps, chimérique (humain-murin)	anticorps, humain	anticorps, humanisé	anticorps, humanisé	anticorps, humain	anticorps, humanisé	petite molécule	petite molécule	petite molécule	petite molécule
autorisation ¹	maladie de Crohn	•	•		•	•	•	•	•	•				•
	colite ulcéreuse	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
autres indications		Ps, PR, APs, SA, HS, MC à partir de 6 ans, ALJ poly à partir de 4 ans, Ps à partir de 6 ans, Lvlète	Ps, PR, APs, SA, SpA axiale nr	PR, APs, SA, SpA axiale nr	Ps, PR, APs, SA, MC/RCH à partir de 6 ans, MC avec formation de fistules sévères	Ps, APs		Ps, APs	Ps, APs, Ps à partir de 6 ans	pouchite dans la RCH		SEP	PR, APs, SA,	PR, APs, SA, AD
voie d'administration et posologie	voie d'administration													
	thérapie d'induction	160 mg à la sem. 0, 80 mg à la sem. 2	400 mg à la sem. 0, 2 et 4	200 mg à la sem. 0, 100 mg à la sem. 2	5 mg/kg à la sem. 0, 2 et 6	200 mg i.v. ou 400 mg s.c. à la sem. 0, 4 et 8	300 mg i.v. à la sem. 0, 4 et 8	600 mg (MC) i.v. 2 x 600 mg (RCH) i.v. à la sem. 0, 4 et 8	260 mg (<55 kg) 390 mg (>55 kg–<85 kg) 520 mg (>85 kg) i.v.	300 mg i.v. à la sem. 0, 2 et 6	2 mg 1x par jour	jour 1–4: 0.23 mg 1x par jour, 5–7 0.46 mg 1x par jour	10 mg 2x par jour pendant au moins 8 sem.	45 mg 1x par jour pour 8 (RCH) ou 12 (MC) sem.
	traitement d'entretien	40 mg toutes les 2 sem. (à partir de la sem. 4)	400 mg toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 8)	50 mg (<80 kg) toutes les 4 sem., 100 mg en cas de réponse insuffisante 100 mg (>80 kg) toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 6)	5 mg/kg toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 14)	100 mg s.c. toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 16) ou 200 mg s.c. toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 12)	2x 100 mg s.c. toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 12)	360 mg (MC) s.c. 360 mg ou 180 mg (RCH) s.c. toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 12)	90 mg s.c. toutes les 8 ou 12 sem. (à partir de la sem. 8)	300 mg toutes les 8 sem. i.v. ou 108 mg toutes les 2 sem. s.c. (après au moins 2 perfusions i.v.) (à partir de la sem. 6)	2 mg 1x par jour	0.92 mg 1x par jour (à partir du jour 8)	5 mg 2x par jour (à partir de la sem. 8)	15 mg ou 30 mg 1x par jour (à partir de la sem. 8 ou 16 (RCH), à partir de la sem. 12 ou 24 (MC))
demi-vie		14 jours	14 jours	12+/3 jours	8–9.5 jours	17 jours	9.3 jours	21 jours	19 jours	26 jours	30 heures	21 heures	3 heures	9–14 heures
contre-indication	infection sévère / tuberculose active	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	intolérance / hypersensibilité au principe actif ou aux excipients	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	insuffisance cardiaque modérée à sévère	•	•	•	•						•	•		
	insuffisance hépatique sévère										•	•	•	
	autre										troubles de la conduction cardiaque* événements cardiovasculaires* état d'immunodépression maladie maligne active grossesse et allaitement	troubles de la conduction cardiaque* événements cardiovasculaires* apnée du sommeil sévère non traitée état d'immunodépression maladie maligne active œdème maculaire existant grossesse		

SA: spondylarthrite ankylosante | MC: maladie de Crohn | FLA: fragment de liaison à l'antigène | HS: hidradénite suppurée | MICI: maladies inflammatoires chroniques de l'intestin | IL: interleukine | i.v.: intraveineux | JAK: Janus kinase | kg: kilogramme | SEP: sclérose en plaques | SpA axiale nr: spondylarthrite axiale (non radiographique) | ALJ poly: arthrite idiopathique juvénile polyarticulaire | APs: arthrite psoriasique | Ps: psoriasis | PR: polyarthrite rhumatoïde | s.c.: sous-cutané | S1P: sphingosine-1-phosphate | RCH: rectocolite hémorragique.

* Patients présentant actuellement ou ayant des antécédents de bloc auriculo-ventriculaire (AV) du deuxième ou troisième degré de type Mobitz II, de syndrome du sinus malade ou de bloc sino-auriculaire (à l'exception des patients porteurs d'un stimulateur cardiaque fonctionnel). † Les biosimilaires peuvent également être administrés par voie sous-cutanée. ‡ Patients ayant présenté au cours des 6 derniers mois : un infarctus du myocarde, un angor instable, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire (AIT), une insuffisance cardiaque décompensée nécessitant une hospitalisation ou une insuffisance cardiaque de classe III/IV selon la New York Heart Association (NYHA). Date de création : Mars 2026. Les informations professionnelles correspondantes sont disponibles sur www.swissmedinfo.ch.



Informations complémentaires sur l'information professionnelle

IBDnet
8000 Zurich
info@ibdnet.ch
www.ibdnet.ch

IBDnet

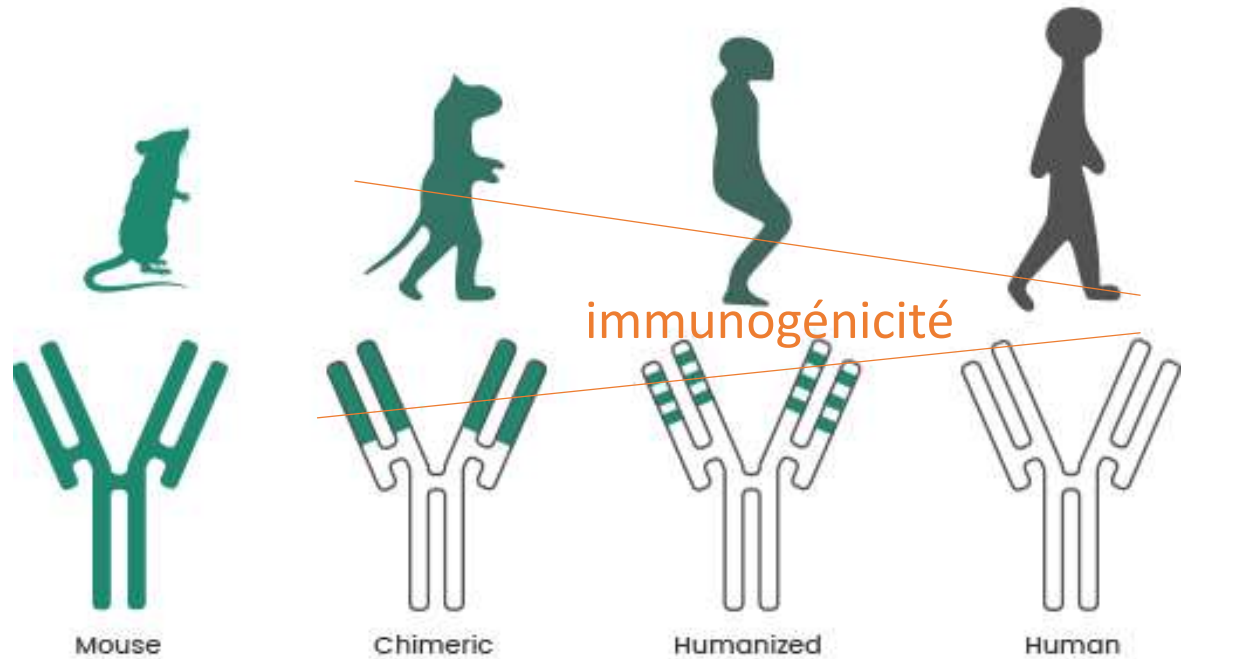
classe de substance		anti-TNFα				anti-interleukine				anti-intégrine
molécule cible		TNFα	TNFα	TNFα	TNFα	IL-23	IL-23	IL-23	IL-12/23	a4b7-intégrine
substance active		Adalimumab	Certolizumab pegol	Golimumab	Infliximab	Guselkumab	Mirikizumab	Risankizumab	Ustekinumab	Vedolizumab
Dénom. comm. (spécialité orig.)		HUMIRA®	CIMZIA®	SIMPONI®	REMICADE®	TREMFYA®	OMVOH®	SKYRIZI®	STELARA®	ENTYVIO®
titulaire de l'AMM (spécialité orig.)		AbbVie	UCB	J & J	J & J	J & J	Eli Lilly	AbbVie	J & J	Takeda
biosimilaires autorisés		•			•				•	
structure		anticorps, humain	fragment FLA pégylé, humanisé	anticorps, humain	anticorps, chimérique (humain-murin)	anticorps, humain	anticorps, humanisé	anticorps, humanisé	anticorps, humain	anticorps, humanisé
autorisation [†]	maladie de Crohn	•	•		•	•	•	•	•	•
	colite ulcéreuse	•		•	•	•	•	•	•	•
autres indications		Ps, PR, APs, SA, HS, MC à partir de 6 ans, AIJ poly à partir de 4 ans, Ps à partir de 6 ans, Uvéite	Ps, PR, APs, SA, SpA axiale nr	PR, APs, SA, SpA axiale nr	Ps, PR, APs, SA, MC/RCH à partir de 6 ans, MC avec formation de fistules sévères	Ps, APs		Ps, APs	Ps, APs, Ps à partir de 6 ans	pouchite dans la RCH
voie d'administration et posologie	voie d'administration	 injection s.c.	 injection s.c.	 injection s.c.	 perfusion i.v. [‡]	 induction i.v. induction s.c. entretien s.c.	 induction i.v., entretien s.c.	 induction i.v., entretien s.c.	 induction i.v., entretien s.c.	 induction i.v./entretien s.c.
	thérapie d'induction	160 mg à la sem. 0, 80 mg à la sem. 2	400 mg à la sem. 0, 2 et 4	200 mg à la sem. 0, 100 mg à la sem. 2	5 mg/kg à la sem. 0, 2 et 6	200 mg i.v. ou 400 mg s.c. à la sem. 0, 4 et 8	300 mg i.v. à la sem. 0, 4 et 8	600 mg (MC) i.v. 2 x 600 mg (RCH) i.v. à la sem. 0, 4 et 8	260 mg (≤55 kg) 390 mg (>55 kg–≤85 kg) 520 mg (>85 kg) i.v.	300 mg i.v. à la sem. 0, 2 et 6
	traitement d'entretien	40 mg toutes les 2 sem. (à partir de la sem. 4)	400 mg toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 8)	50 mg (< 80 kg) toutes les 4 sem., 100 mg en cas de réponse insuffisante 100 mg (≥ 80kg) toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 6)	5 mg/kg toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 14)	100 mg s.c. toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 16) ou 200 mg s.c. toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 12)	2x 100 mg s.c. toutes les 4 sem. (à partir de la sem. 12)	360 mg (MC) s.c. 360 mg ou 180 mg (RCH) s.c. toutes les 8 sem. (à partir de la sem. 12)	90 mg s.c. toutes les 8 ou 12 sem. (à partir de la sem. 8)	300 mg toutes les 8 sem. i.v. ou 108 mg toutes les 2 sem. s.c. (après au moins 2 perfusions i.v.) (à partir de la sem. 6)

classe de substance		modulateurs S1P		inhibiteurs JAK	
molécule cible		S1P ₁ S1P ₄ S1P ₅	S1P ₁ et S1P ₅	JAK1/3	JAK1
substance active		Etrasimod	Ozanimod	Tofacitinib	Upadacitinib
Dénom. comm. (spécialité orig.)		VELSIPITY®	ZEPOSIA®	XELJANZ®	RINVOQ®
titulaire de l'AMM (spécialité orig.)		Pfizer	BMS	Pfizer	AbbVie
biosimilaires autorisés					
structure		petite molécule	petite molécule	petite molécule	petite molécule
autorisation ¹	maladie de Crohn				•
	colite ulcéreuse	•	•	•	•
autres indications			SEP	PR, APs, SA,	PR, APs, SA, AD
voie d'administration et posologie	voie d'administration	 orale	 orale	 orale	 orale
	thérapie d'induction	2 mg 1× par jour	jour 1–4: 0.23 mg 1× par jour; 5–7 0.46 mg 1× par jour	10 mg 2× par jour pendant au moins 8 sem.	45 mg 1× par jour pour 8 (RCH) ou 12 (MC) sem.
	traitement d'entretien	2 mg 1× par jour	0.92 mg 1× par jour (à partir du jour 8)	5 mg 2× par jour (à partir de la sem. 8)	15 mg ou 30 mg 1× par jour (à partir de la sem. 8 ou 16 (RCH); à partir de la sem. 12 ou 24 (MC))

Anti TNF alpha



iv vs **sc**



Infl**ixi**mab

Certol**izu**mab

Adal**imu**mab

Gol**imu**mab

li : cible **immunitaire**

xi = chimérique **zu** humanisé **mu/nu/mu** humain

mab monoclonal antibody

Anti TNF alpha biosimilaires : définition

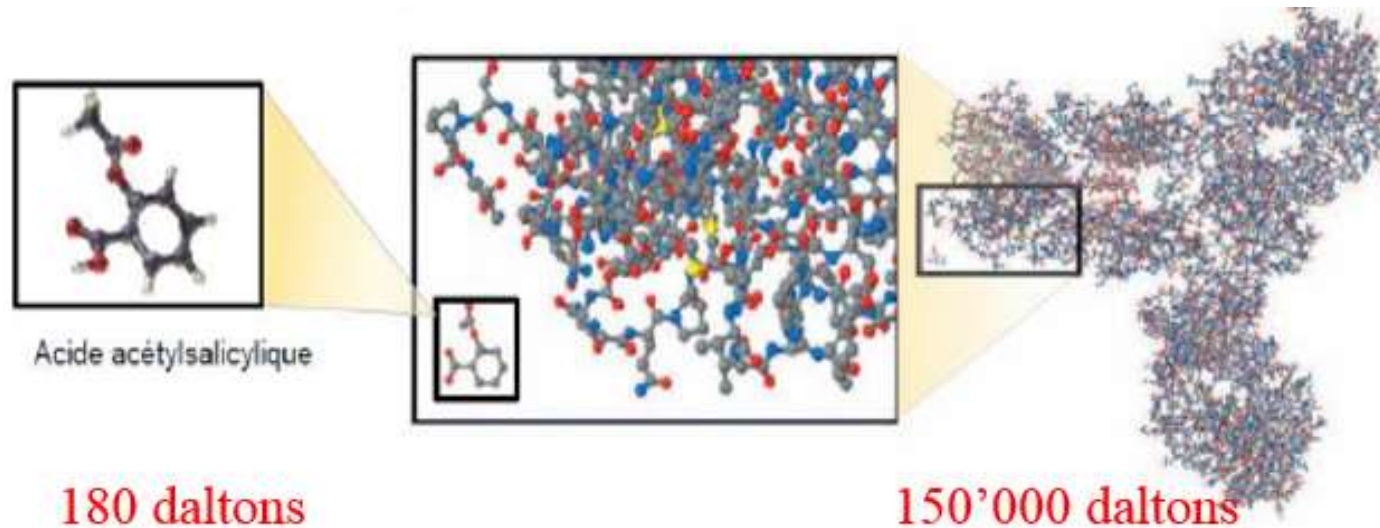
BIOSIMILAIRE: similaire $\neq$ identique, la complexité d'un biologique empêche sa copie identique (=générique)

études d'équivalence

même effet, même résultat

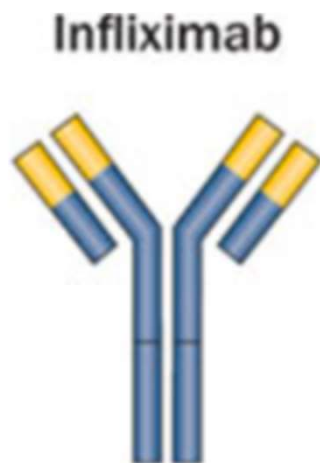
peut être interchangé sans problème

moins cher



Anti TNF alpha biosimilaires

INTRAVEINEUX
SOUS-CUTANE



i.v. / s.c.

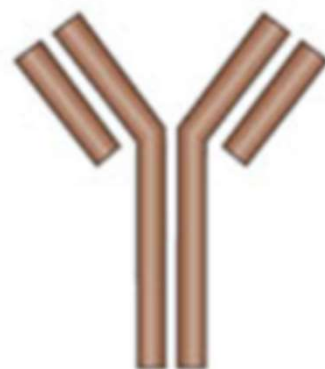
REMICADE

INFLECTRA
REMSIMA

VEBLOCEMA



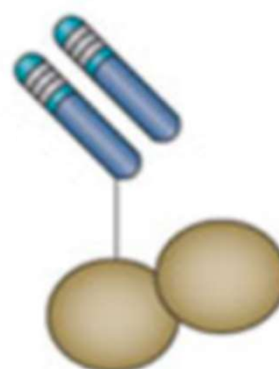
Adalimumab Certolizumab pegol



s.c.

HUMIRA

ABRILADA
AMGEVITA
HUKYDRA
HULIO
HYRIMOZ
IDACIO
IMRALDI
YUFLYMA

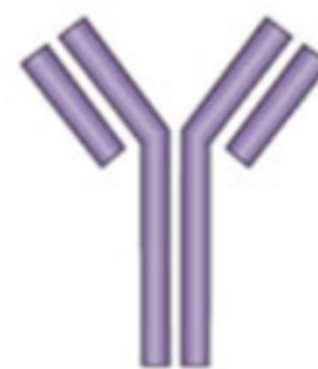


s.c.

CIMZIA

40mg +/- 80mg
citrate vs sans citrate

Golimumab



s.c.

SIMPONI



INTRAVEINEUX
SOUS-CUTANE

Contrôler les dosages et intervalles !

Contrôler les dosages et intervalles !

Anti TNF alpha

Contrôler les dosages et intervalles !

Effets secondaires potentiels

- Infections
- Hépatites
- Exacerbation d'une insuf. cardiaque
- Réaction allergique
- Lupus, maladie sérique, maladies démyélinisantes < 1%
- **Psoriasis** induit par antiTNF

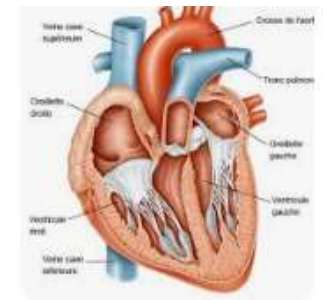
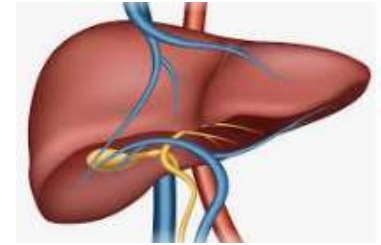


Figure 1. Psoriasis pustuleux palmo-plantaire chez un patient

Anti TNF alpha taux résiduel et anticorps anti drug

[Nurses](#)[Patients](#)[SIBDC](#)[News](#)[Contact](#)[Donate](#)[Become a Member](#)[Login](#)**IBDnet**

Swiss Research and Communication
Network on Inflammatory Bowel Disease

[About](#)[Education](#)[Research](#)[Quality of Care](#)[Publications](#)

Recommendations

Under the auspices of IBDnet, various position papers and recommendations on the management of IBD have been produced in recent years. These papers aim to support you in the treatment of IBD patients.

Below you will find a selection of other Swiss recommendations and the well-known ECCO Guidelines.

[IBDnet Publications →](#)[Swiss Recommendations →](#)[ECCO Guidelines →](#)[ESPGHAN Guidelines →](#)

<https://karger.com/dig/article-abstract/101/6/683/103598/Therapeutic-Drug-Monitoring-to-Guide-Clinical?redirectedFrom=fulltext>

Anti TNF alpha taux résiduel et anticorps anti drug

[Nurses](#)[Patients](#)[SIBDC](#)[News](#)[Contact](#)[Donate](#)[Become a Member](#)[Login](#)**IBDnet**

Swiss Research and Communication
Network on Inflammatory Bowel Disease

[About](#)[Education](#)[Research](#)[Quality of Care](#)[Publications](#)

Recommendations

Position Statements

Swiss expert opinion: current approaches in faecal microbiota transplantation in daily practice [↓](#)

Rossier et al., SMW 2023

Position statement on the use of biosimilars in inflammatory bowel disease [↗](#)

Burri et al., SMW 2019

Therapeutic Drug Monitoring to Guide Clinical Decision Making in Inflammatory Bowel Disease Patients with Loss of Response to Anti-TNF [↗](#)

Greuter et al., Digestion 2020

Expert Recommendations



roduced in

<https://karger.com/dig/article-abstract/101/6/683/103598/Therapeutic-Drug-Monitoring-to-Guide-Clinical?redirectedFrom=fulltext>

Anti TNF alpha taux résiduel et anticorps anti drug

[Nurses](#)[Patients](#)[SIBDC](#)[News](#)[Contact](#)[Donate](#)[Become a Member](#)[Login](#)**IBDnet**

Swiss Research and Communication
Network on Inflammatory Bowel Disease

[About](#)[Education](#)[Research](#)[Quality of Care](#)[Publications](#)

Therapeutic Drug Monitoring to Guide Clinical Decision Making in
Inflammatory Bowel Disease Patients with Loss of Response to Anti-
TNF

Greuter et al., Digestion 2020

Time-point for drug level measurement

Optimal time-point for drug level measurement is just before next infusion for iv drugs (ifx, vedo)

Optimal timepoint for drug level measurement (sc drugs, such as adalimumab) is any time

Optimal timepoint for golimumab is unclear

Optimal trough levels for Infliximab are $3\text{ug/ml} \leq \text{TL} \leq 7\text{ug/ml}$

Optimal trough levels for Adalimumab are $8\text{ug/ml} \leq \text{TL} \leq 12\text{ug/ml}$

Optimal trough levels for Certolizumab Pegol are CD/UC: $10\text{ug/ml} \leq \text{TL} \leq 12\text{ug/ml}$

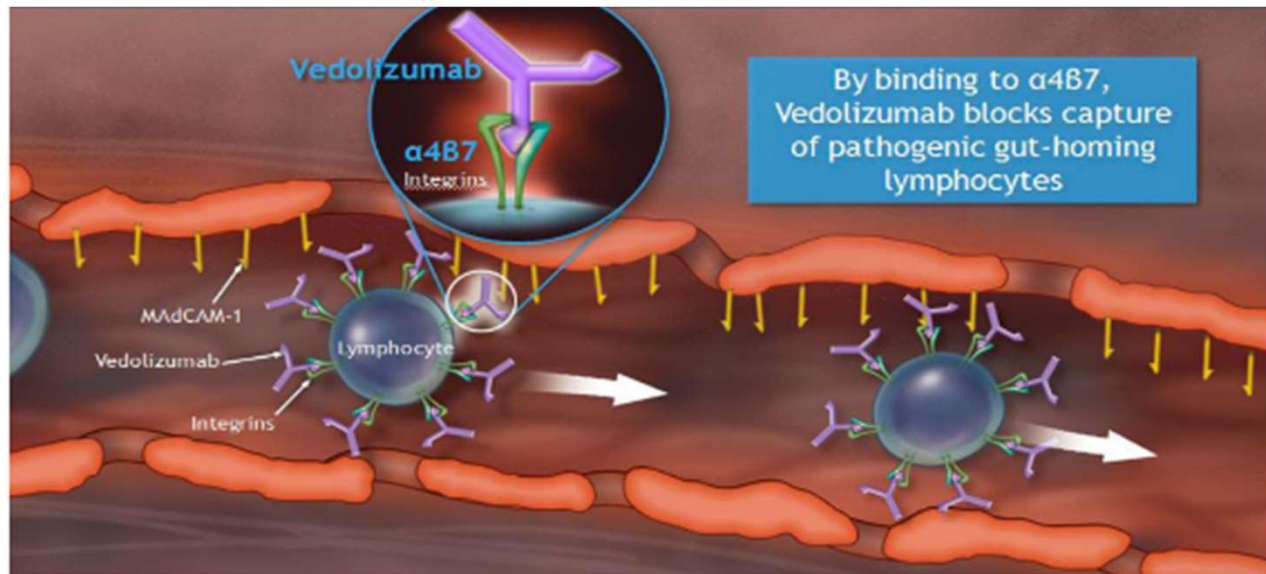
<https://karger.com/dig/article-abstract/101/6/683/103598/Therapeutic-Drug-Monitoring-to-Guide-Clinical?redirectedFrom=fulltext>

Anti intégrine : vedolizumab ENTYVIO

MC et CU

- Anti-intégrine $\alpha 4\beta 7$: Vedolizumab ENTYVIO

li : cible **immunitaire**
zu **humanisé**
mab **monoclonal antibody**



300mg
sem 0-2-6 **iv** vs **sc** 108mg
toutes les 2 sem

- plus ciblé intestin ($\leftarrow \rightarrow$ manifestation extradigestive ?)
- moins de diminution systémique de l'immunité

Anti IL-12 et IL-23 : ustekinumab STELARA

ki : cible interleukine

nu totalement humain

mab monoclonal antibody

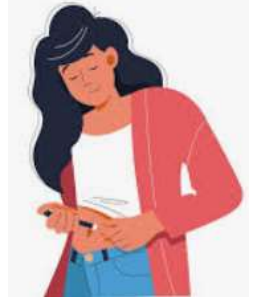
MC et CU

- induction iv 1x en fonction du poids !
- maintenance sc 90mg toutes les 8 ou 12 sem

Biosimilaires vont arriver en CH !

(en Europe: OTULFI, PYZCHIVA, STEQEYMA, UZPRUVO, WEZENLA)

→ Prix ↓



Anti IL-23

ki : cible interleukine

zu humanisé, u/nu totalement humain

- Anti IL-23

risankizumab SKYRIZI

mirikizumab OMVOH

guselkumab TREMFYA 200mg iv ou 2x200mg sc

- Maladie de Crohn et Colite ulcéreuse
Induction 0-4-8 iv (ou sc guselkumab)
Maintenance scv et ou sc

Dermatologie

Psoriasis

Artrite psoriasique

«Pas» d'effets secondaires

top safety

Contrôler les dosages et intervalles !

Contrôler les dosages et intervalles !

Table 2. Efficacy of biological treatments according to the line of treatment, earlier exposure, disease phenotype and patient characteristics.

A. Crohn's disease

Naïve luminal CD, induction (bio-native, post OP)	and maintenance (NB: best strategy: using the same agent)				Prior response to infliximab (LOR)	Prior failure to Anti-TNF agents (1-2x) (PNR)	Prior failure of Vedolizumab	Age >65 , comorbidities (safety aspects data)		Pregnancy (based on current data)		Extraintestinales manifestations		Fistulizing disease		
IFX *	ADA				ADA	USTE	IFX	USTE	VEDO	CZP		IFX	IFX *			
ADA*	USTE	USTE	IFX	VEDO	VEDO	USTE	VEDO	USTE	ADA	ADA	CZP	IFX	IFX	ADA	ADA *	
VEDO		CZP			CZP			CZP				VEDO	USTE	USTE	USTE	CZP
CZP															VEDO	VEDO

Based on AGA technical review (Singh *et al.*, 2021) and recommendations and meta-analyses mentioned previously in the article; * ideally in combination therapy with azathioprine or methotrexate (or antibiotics, for fistula), mostly for a duration of 6 months. LOR, loss of response; PNR, primary non response. Disclaimer: overall low certainty of evidence (GRADE) due to serious imprecision, intransitivity.

IFX, infliximab; ADA, adalimumab; CZP, certolizumab pegol; USTE, ustekinumab; VEDO, vedolizumab

B. Ulcerative colitis

Naïve luminal UC, induction (bio-native,)	and maintenance (NB: best strategy: using the same agent)	Prior response to infliximab (LOR)	Prior failure to Anti-TNF agents (1-2x) (PNR)	Prior failure of Vedolizumab	Age >65 , comorbidities (safety aspects data)		Pregnancy (based on current data)	Extraintestinales manifestations	Pouchitis (based on current data)		
IFX*	VEDO	GOL	USTE	IFX	USTE	VEDO	IFX	IFX	VEDO		
VEDO	IFX	ADA	VEDO	USTE	GOL	GOL	IFX	ADA	ADA	GOL	ADA
USTE											
GOL	GOL	USTE	USTE	VEDO				USTE	VEDO	USTE	USTE
ADA	ADA									VEDO	GOL

Based on guidelines, national recommendations and meta-analyses mentioned previously in the article; * ideally in combination therapy with azathioprin (or antibiotics, for fistula). Disclaimer: overall low certainty of evidence.

IFX, infliximab; ADA, adalimumab; GOL, golimumab; USTE, ustekinumab; VEDO, vedolizumab

Pascal Juillerat (...) Pierre Michetti Positioning biologics in the treatment of IBD: A practical guide – Which mechanism of action for whom? Current Research in Pharmacology and Drug Discovery, 2022

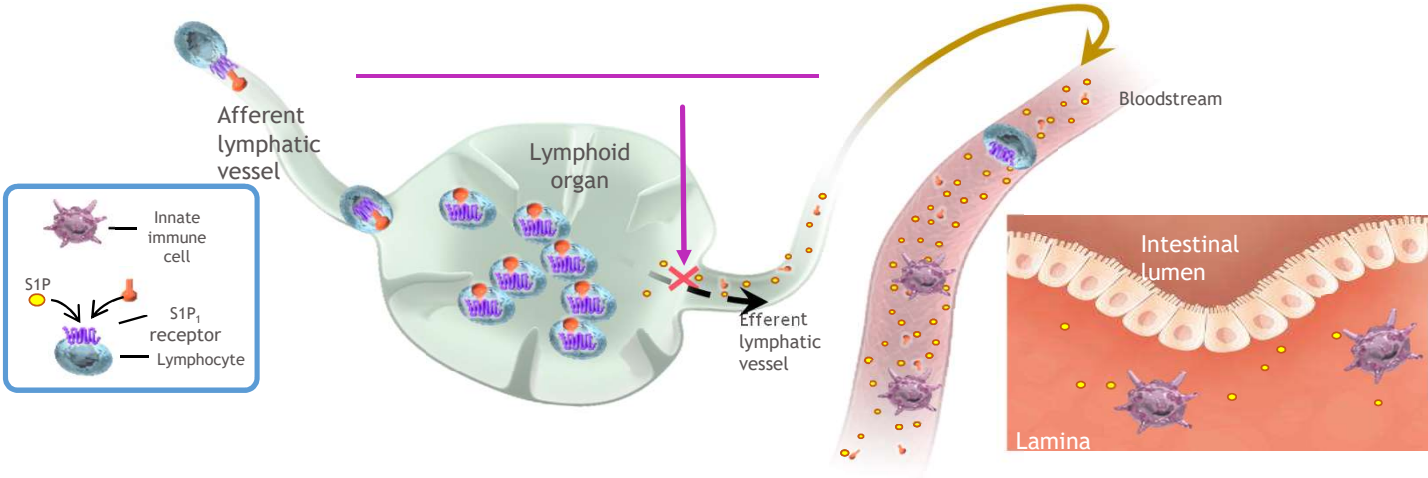
L'ozanimod ZEPOSIA® modulateur puissant du récepteur de la sphingosine-1-phosphate

Oral

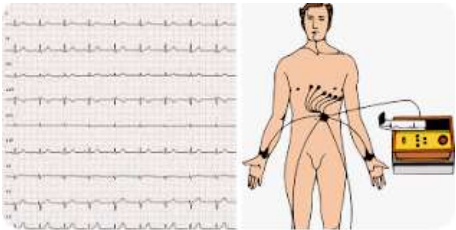
Sclérose en plaque

Colite ulcéreuse modérée

Diminue les lymphocytes périphériques
(trapping dans les ganglions)
→ Lymphopénie



ECG pour exclure trouble de la conduction



Effet rapide (2 sem)

Days 1 - 4	0.23 mg once daily
Days 5 - 7	0.46 mg once daily
Days 8 and thereafter	0.92 mg once daily



Très bon profil de sécurité

Les inhibiteurs JAK

inhibe la voie de signalisation JAK-JanusKinase/STAT = un système de transduction de signal activant la transcription de gènes de l'inflammation

Tofacitinib = XELJANZ® non-sélectif JAK1-2-3 10mg 2x/j pour 16sem puis 5mg2x/j

Upadacitinib = RINVOQ® sélectif JAK1 : 45mg/1xj pour 12 sem, puis 30 vs 15mg/j

small molecules, per os, non immunogénique, effet rapide dès sem 2



Hypercholestérolémie, augmentation créatinémie et tests hépatiques

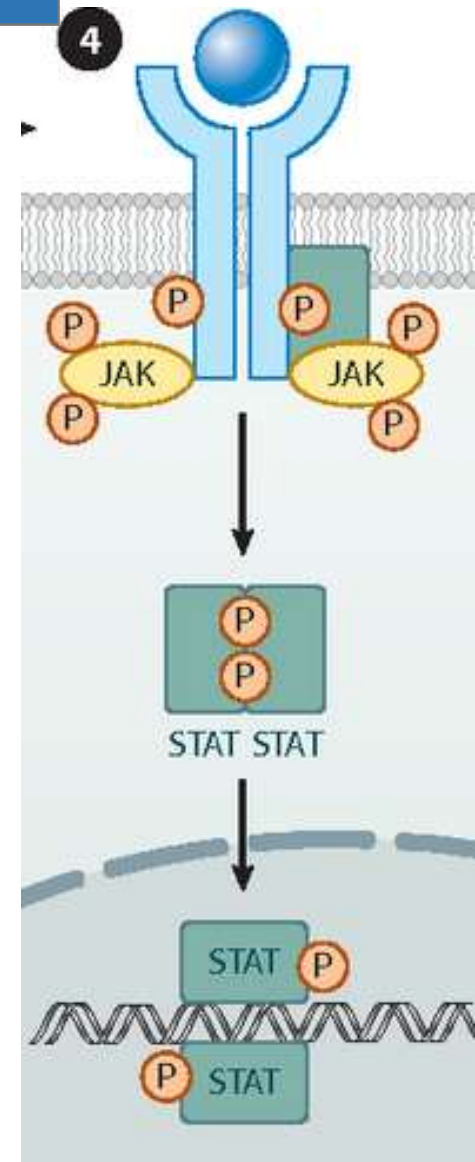
ZONA  Vaccination préalable Shingrix®, inactivé

Zostavax®, vivant atténué, contre-indiqué si immuno-suppression

Varivax® vivant atténué, pas pour le zona mais si non immun pour la varicelle.

Thrombose / EMBOLIE PULMONAIRE phase d'induction à 45mg/j !
atcd de thrombose, tabac, pilule, obésité, AF+,

Cancer : effet de classe? vs les unselectifs ?



Thrombose et embolie dans MICI

**MICI (en poussée) →
thrombose, embolie ↑↑**

Hospit	IBD hospit flare vs age/sex- matched non-IBD patients	HR 12.97
	Hospitalized for flare	25.2/1000 person-years
Flare	Flare -non flare matched	HR 8.40

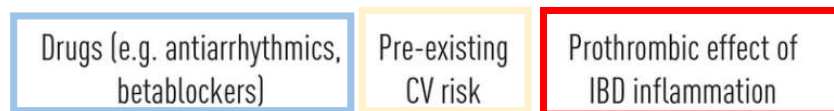
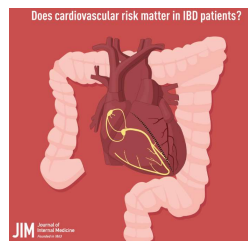
HBPM (héparine bas poids moléculaire) sc prophylactique pour tous les patients hospitalisés aussi RCUH avec diarrhées hémorragiques!

Medications and venous thromboembolism risk

Medications	Risk of VTE
5-ASA	Possible ↓
Corticosteroids	↑↑↑
Azathioprine and 6-Mercaptopurine	Possible ↓
TNFα inhibitors	↓↓
Tofacitinib (10 mg twice a day)	↑

Venous thromboembolism in inflammatory bowel disease.
[World J Gastroenterol](#). 2020 Mar 28; 26(12): 1231–1241.

Risques cardiovasculaires chez les patients MCI : maladie vs m dics



ozanimod ZEPOSIA
etrasimod VELPESITY

S1P receptor
modulator
Sphingosine 1 phosphate

Tofacitinib XELJANZ
Upadacitinib RINVOQ

JAK inhibitors

Cardiac conduction and
vascular regulation abnormalities

Transient bradycardia
AV block

Transient hypotension

FRCV

Hypertension

Smoking

Age

Obesity

Atherosclerotic and
thrombotic complications

Myocardial infarction

Stroke

Venous thromboembolism

Hypercholesterolaemia

LDL cholesterol ↑
triglyceride ↑

Herbert Tilg; J Intern Med. 2023 Dec;294(6):708-720

Evolution de la population atteinte de MCI
:  ge et ob siti 

Risque cardiovasculaire associé

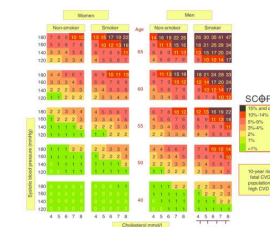
- aux MCI et tabac
- aux médicaments

Atténuer le risque dans la pratique

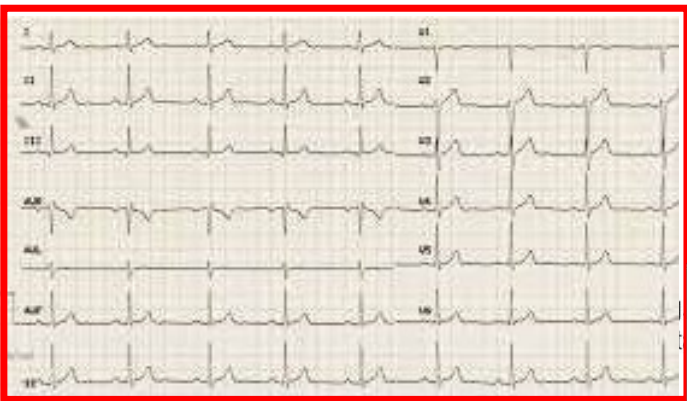
Garder le risque en perspective

Pas de risque plus élevé d' v nements CV
avec les inhibiteurs de JAK chez patients
MCI sélectionnés ← → rhumato

→ Stratification du risque cardiovasculaire
→ Suivi du profil lipidique sous ttt
Dig Liver Dis. 2024;56(8):1270sq



Risques cardiovasculaires chez les patients MICI



antiarrhythmics, (blockers) Pre-existing CV risk Prothrombotic effect of IBD inflammation

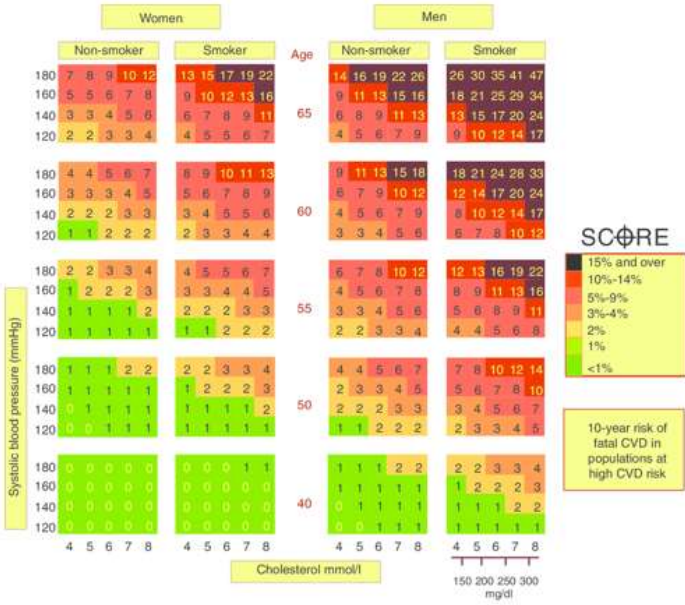
ozanimod ZEPOSIA
etrasimod VELPESITY

Tofacitinib XELJANZ
Upadacitinib RINVOQ

S1P receptor modulator
Cardiac conduction and vascular regulation abnormalities
Transient bradycardia
AV block
Transient hypotension

JAK inhibitors
Atherosclerotic and thrombotic complications
Myocardial infarction
Stroke
Venous thromboembolism
Hypercholesterolaemia
LDL cholesterol ↑
triglyceride ↑

FRCV Hypertension Smoking Age Obesity

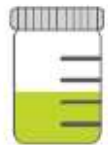


Concernant le suivi sous ces thérapies

- Identifier **surinfection** versus **poussée**:
 - Lancer un bilan de base avec calprotectine fécale et *C Diff*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, (parasites ?)



- Si négatif et immunosupprimé :
 - PCR multiplex panel digestif:



One sample



One comprehensive test



Multiple results in one repc

PANEL GASTROINTESTINAL

Prélèvement : selles natives

Organismes identifiés :

Bactéries

Campylobacter
Clostridium difficile (toxines A/B)
Plesiomonas shigelloides
Salmonella sp
Yersinia enterocolitica
Vibrio sp et cholerae

Virus

Adenovirus F40/41
Astrovirus
Norovirus GI/GII
Rotavirus
Sapovirus

E. coli entéroagrégate (EAEC)
E. coli entéropathogène (EPEC)
E. coli entérotoxigénique (ETEC)
E. coli entéroinvasive (EIEC)/Shigella
E. coli «shiga like toxin»(stx1, stx2) (STEC)
E..coli O157

Protozoaires

Cryptosporidium
Cyclospora cayetanensis
Entamoeba histolytica
Giardia lamblia

PRIX : Panel complet: 360 points

Patients à considérer comme immunosupprimés

- >20mg **Prednisone**/j pour ≥ 2 sem ou < 3 mois après arrêt
- **Azathioprine**, 6-MP, **Methotrexate**, Ciclosporine
- **Biologiques** : anti TNF-alpha, ustekinumab (anti IL-12 et 23), anti IL-23 (vedolizumab ?)
- **Inhibiteurs JAK**
- **Malnutrition sévère**

1 Immuno-suppresseur: OR pour infection de 2.9 (95% CI, 1.5–5.3),

2 ou 3 immuno-suppresseurs: OR pour infection de 14,5 (95% CI, 4.9 – 43)

Si 3 → Prophylaxie TM/SMZ (Bactrim forte 160/800 3x/sem)

Education des patients concernant les risques d'infection et les mesures à prendre en cas de fièvre, toux ...

Péjoration des symptômes de diarrhée +/- douleurs abdominales et fièvre

Laboratoire: FSC, CRP

Exclure infection digestive

Exclure colite à CMV par rectosigmoïdoscopie + bx

Colite à CMV



Gastroenterology, 2008;134:929–936
Gut, 2008;57;549-558

Risque de l' immunosuppression

1 Immuno-suppresseur: OR pour infection de 2.9 (95% CI, 1.5–5.3),

2 ou 3 immuno-suppresseurs: OR pour infection de 14,5 (95% CI, 4.9 – 43)

Si 3 → prophylaxie TM/SMZ (Bactrim forte 160/800 3x/sem)

Education des patients concernant les risques d'infection et les mesures à prendre en cas de fièvre, toux ...

Péjoration des symptôme de diarrhée +/- douleurs abdominales et fièvre

Laboratoire: FSC, CRP, calprotectine

Exclure infection digestive

Exclure colite à CMV par rectosigmoïdoscopie + bx



Colite à CMV

Gastroenterology, 2008;134:929–936
Gut, 2008;57:549-558

L'immunité des patients doit être contrôlée et les vaccins mis à jour

Permis = vaccins **inactivés, recombinants**

Recommandés: **Grippe** (influenza), **Pneumocoques** = Prevenar, Covid, diphtérie, tétanos, polio injectable, Hépatite B

Autorisés: Coqueluche, papilloma virus, Hépatite A, méningocoques, haemophilus, typhoïde, encéphalite à tique virus inactivé



SI IMMUNOSUPPRIME

vaccins **vivants, atténués** sont **contreindiqués**

Rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, fièvre jaune, polio oral vivant atténué,

Viget N, *Gut* 2008;57;549-558
ECCO consensus 2009

Informez sur fertilité et grossesse



Fertilité:

- Normale chez femmes avec MICI en rémission
- Methotrexate et JAK interdits !

Grossesse:

- *Maladie quiescente*: impact minimal sur l'évolution de la grossesse et le bébé
- *Maladie active*: risques augmentés d'avortements spontanés, d'accouchements prématurés et faible poids du bébé

- Poser la question
- Programmer la grossesse
- Réassurance

La rémission est LE facteur clé du succès
→ contrebalance risque éventuel lié à la poursuite du ttt

Les perfusions et le TARDOC !

AK.00.0060 Pose d'une voie veineuse périphérique par du personnel paramédical

AR.00.0400 Tps de chgmt, unité fct surveillance spécialisée, ≥ 60 min de surveillance

AR.00.0380 Tps de chgmt, unité fct surveillance spécialisée, ≤ 60 min de surveillance

AM.05.0090 Surveillance paramédicale spécialisée, 1-2 substances, préparation complexe, premières 45'

AM.05.0010 Surveillance paramédicale spécialisée, 1 substance, préparation simple, première 30'

AM.05.0070 + Surveillance paramédicale spécialisée, intensité soins élevée, par période de 15' supp

AM.05.0050 + Surveillance paramédicale spécialisée, intensité soins moyenne, par période de 15' supp

AM.05.0040 + Surveillance paramédicale spécialisée, intensité soins faible, par période de 15' supp

Les perfusions et le TARDOC : proposition/ex. facturation

	Simple	Complexe
Préparation	Tous les sous-cut OmvoH iv Skyrizi iv	Infliximab iv Stelara iv Entyvio iv

	Légère	Modérée	Sévère
Surveillance	Ustekinumab sc Mirikizumab sc Risankizumab sc Vedolizumab sc Vaccins, B12 im	Anti-TNFs sous-cut (Inflix, Ada, GOL, CZP) Vedolizumab iv(maintien) Guselkumab sc	Inductions iv infliximab, ustekinumab, mirikizumab, risankizumab, vedolizumab Fer intraveineux



Recommendations

Under the auspices of IBDnet, various position papers and recommendations on the management of IBD have been produced in recent years. These papers aim to support you in the treatment of IBD patients.

Currently approved advanced therapies

In the field of advanced IBD therapies, significant progress has been made in recent years. The long-established class of anti-TNF agents has been complemented by additional therapeutic options, including anti-interleukins, anti-integrins, S1P modulators, and JAK inhibitors.

IBDnet has compiled an overview of the agents currently approved for use (status of information: March 2026).



[Overview advanced therapies \(DE\)](#)

[Overview advanced therapies \(FR\)](#)

THÉRAPIES AVANCÉES DANS LES MICI (IBD)

classe de substance		anti-TNFα				anti-interleukine				anti-intégrine	modulateurs S1P		inhibiteurs JAK	
molécule cible		TNFα	TNFα	TNFα	TNFα	IL-23	IL-23	IL-23	IL-12/23	α4β7-intégrine	S1P ₁ , I S1P ₂ , I S1P ₃	S1P ₃ et S1P ₂	JAK1/3	JAK1
substance active		Adalimumab	Certolizumab pegol	Golimumab	Infliximab	Guselkumab	Mirikizumab	Risankizumab	Ustekinumab	Vedolizumab	Etrasimod	Ozanimod	Tofacitinib	Upadacitinib
Dénom. comm. (spécialité orig.)		HUMIRA®	CIMZIA®	SIMPONI®	REMICADE®	TREMFFYA®	OMVOH®	SKYRIZI®	STELARA®	ENTYVIO®	VELSIPITY®	ZEPOSIA®	XELJANZ®	RINVOQ®
titulaire de l'AMM (spécialité orig.)		AbbVie	UCB	J & J	J & J	J & J	Eli Lilly	AbbVie	J & J	Takeda	Pfizer	BMS	Pfizer	AbbVie
biosimilaires autorisés		•			•				•					
structure		anticorps, humain	fragment FLA-pégylé, humanisé	anticorps, humain	anticorps, chimérique (humain-murin)	anticorps, humain	anticorps, humanisé	anticorps, humanisé	anticorps, humain	anticorps, humanisé	petite molécule	petite molécule	petite molécule	petite molécule
autorisation ¹	maladie de Crohn	•	•		•	•	•	•	•	•				•
	colite ulcéreuse	•		•	•		•	•	•	•	•		•	•
autres indications		Ps, PR, APs, SA, HS, MC à partir de 6 ans, ALI, nvh	Ps, PR, APs, SA, SpA axiale nr	PR, APs, SA, SpA axiale nr	Ps, PR, APs, SA, MC/RCH à partir de 6 ans	Ps, APs		Ps, APs	Ps, APs, Ps à partir de 6 ans	pouchée dans la RCH		SEP	PR, APs, SA	PR, APs, SA, AD

IBD NURSE

Se former pour mieux savoir répondre aux et questionner les patients qui vous appellent cad prendre une anamnèse, connaître les red flags

Webinar www.ibdnet.ch

Congrès SGG SVEP Interlaken

Cours éducation thérapeutique ETP

La rencontre annuelle AFA ETP

Utiliser le temps des perfusions pour faire de l'éducation thérapeutique ETP

Mettre à disposition des liens internet

AFA <https://www.afa.asso.fr>

Crohn Colite Suisse <https://fr.crohn-colitis.ch>

Utiliser l'IBD disk

Organiser consultation pour l'arrêt du tabagisme

Nurse Webinars (F)

2023

2022

8 Septembre 2022, Geneva

9 June 2022, Lausanne

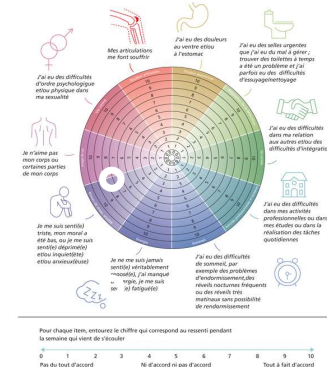
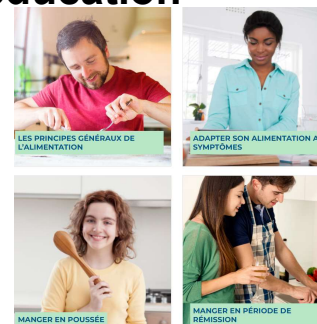
10 March 2022, Sion

Module 1

'Red flags' et 'check-lists'

PD Dr. med. Christian Mottet

- Les bonnes questions à poser aux patients MICI qui téléphonent au cabinet
- Les contrôles réguliers (check-lists) recommandés: vaccins, vitamines, endoscopies etc



Communiqué de presse
En 2023, Novembre rimera encore une fois
avec Mois Sans Tabac



MERCI DE VOTRE ATTENTION



**centre sédunois
de gastroentérologie**