

Bilan infectieux avant mise sous immunosuppresseurs

Pr Ag Maha ABID

Service de Maladies Infectieuses

Faculté de Médecine de Sousse

Le 08/01/2026



PRÉAMBULE

- Utilisation croissante des immunosuppresseurs
- Réactivation d'infections latentes / infections opportunistes
- Évaluation du risque infectieux = **Enjeu central**

PRÉAMBULE

- Morbidité et mortalité **évitables** :
- ▶ Détection de TBC latente chez **20%** des patients candidats à une biothérapie dans une cohorte tunisienne

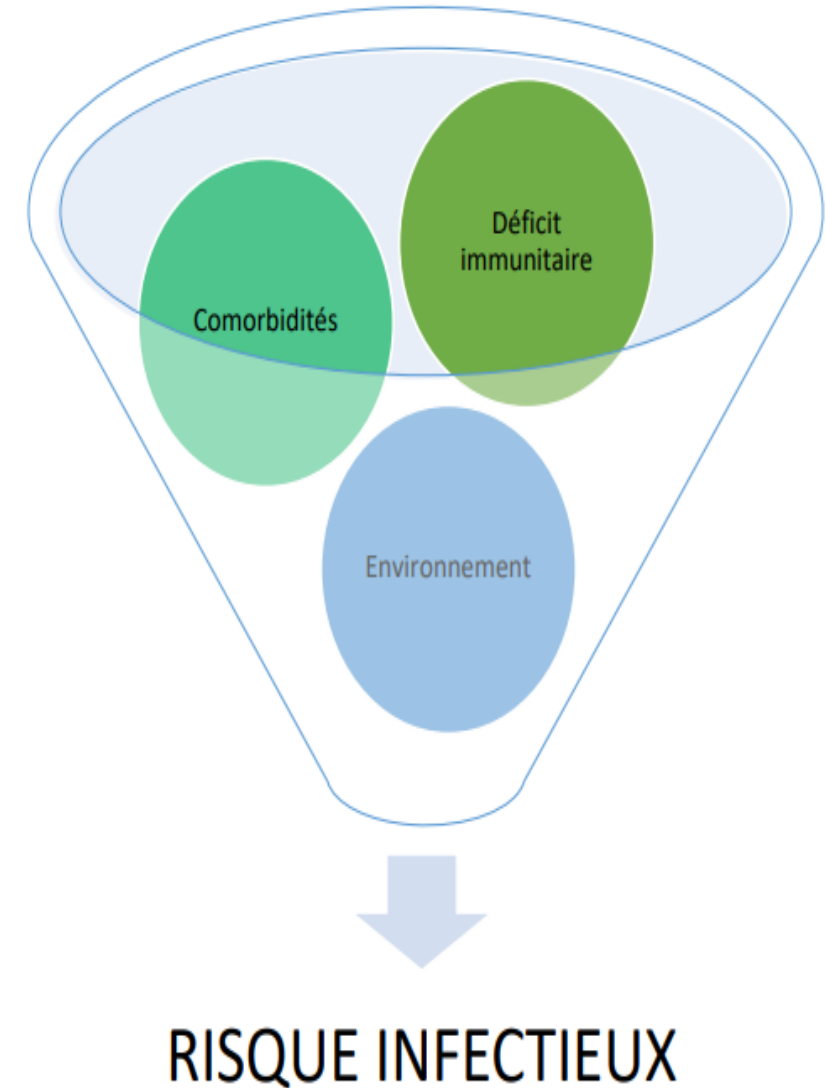
Latent tuberculosis infection screening prior to biological treatment in Tunisian patients

Therapie. 2017 Oct;72(5):573-578.

ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX

Déficit immunitaire induit :

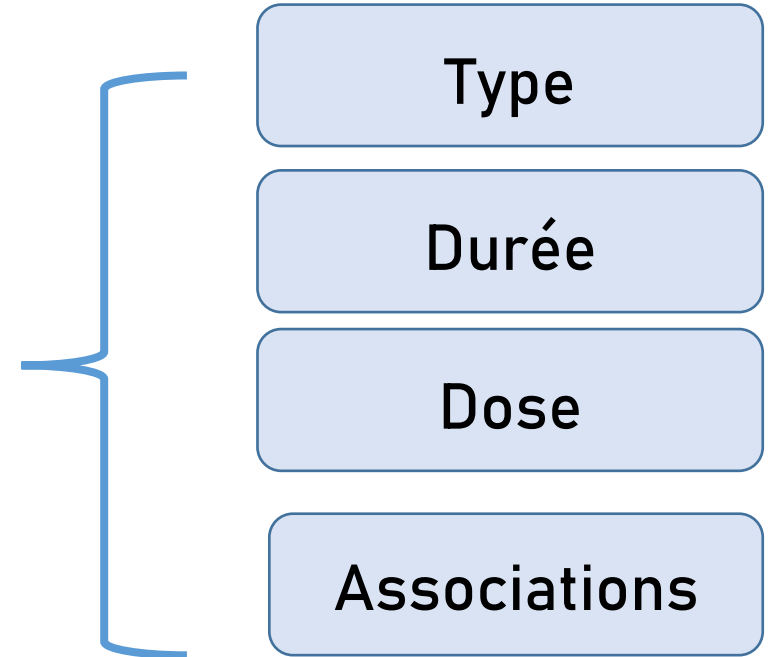
- Lié aux traitements
(y compris ttt antérieurs/concomitants)
& maladie sous jacente
- Modulé par différents facteurs/comorbidités



ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX

Déficit immunitaire induit :

- Lié aux traitements
(y compris ttt antérieurs/concomitants)
& maladie sous jacente
- Modulé par différents facteurs/comorbidités



ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX

Plusieurs classes avec un niveau de risque infectieux **variable**

- Corticothérapie prolongée
- Immunosuppresseurs conventionnels ou traditionnels (méthotrexate, azathioprine, cyclophosphamide...)
- Biothérapies**: thérapeutiques produites à partir du vivant
(biomédicaments, thérapie cellulaire, Ac monoclonaux, protéines de fusion...)
- **Thérapeutiques ciblées**: molécules de synthèse ciblant des voies de signalisation précises

ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX

Plusieurs classes avec un niveau de risque infectieux **variable**

Table 1. IBD therapeutic agents and different degrees of immunosuppression.

Drugs	Degree of immunosuppression	Comment
Aminosalicylates	No	No systemic effects
Topical steroids	Selective	Systemic immunosuppression with oral topical steroids [oral budesonide] at doses >6 mg/day
Systemic steroids	Low	Moderate-severe immunosuppression with doses of ≥ 20 mg for >2 weeks
Vedolizumab	Low	Gut-selective treatment. No systemic effects, but increased risk for intestinal infections
Methotrexate	Moderate-severe	Moderate-severe immunosuppression with >20 mg per week [>0.4 mg/kg/week]. Lower doses can be considered as low immunosuppression
Azathioprine/6-MP	Moderate-severe	Moderate-severe immunosuppression with >3 mg/kg/day [AZA] or >1.5 mg/kg/day [6-MP]. Lower doses can be considered as low immunosuppression
Ciclosporin	Moderate-severe	There are different nuances within the group of moderate-severe immunosuppression that cannot be reflected by this simplified category. For instance, combination therapy [combination of any of these or combination with other immunosuppressive drugs such as AZA, methotrexate, or steroids] results in an increased risk for opportunistic infections. Immunosuppression of anti-TNF is probably higher compared with ustekinumab and tofacitinib
Tacrolimus	Moderate-severe	
Anti-TNF	Moderate-severe	
Tofacitinib	Moderate-severe	
Ustekinumab	Moderate-severe	



Risque infectieux selon le type d'IS

Long-term anti-TNF therapy and the risk of serious infections in a cohort of patients with rheumatoid arthritis: Comparison of adalimumab, etanercept and infliximab in the GISEA registry

Univariable and multivariable predictors of serious infections.

	Univariate				Multivariate			
	HR ^a	95% CI ^b		p	AHR ^c	95% CI ^b		p
Age at start of anti-TNF treatment	1.03	1.02	1.04	<.0001	1.036	1.02	1.053	<.0001
Disease duration	1.009	0.99	1.03	0.3	1.004	0.98	1.025	0.709
DAS28	1.055	0.94	1.19	0.381	0.946	0.81	1.107	0.49
DI-HAQ	1.443	1.15	1.81	0.002	1.156	0.85	1.576	0.358
Etanercept	1				1			
Adalimumab	1.942	1.2	3.15	0.0007	2.224	1.12	4.421	0.023
Infliximab	4.291	2.84	6.47	<.0001	4.916	2.71	8.906	<.0001
DMARDs	2.178	1.59	2.98	<.0001	2.145	1.28	3.595	0.004
Corticosteroids	1.849	1.36	2.51	<.0001	1.633	1.01	2.644	0.046
Comorbidity	0.899	0.67	1.21	0.479	1.246	0.87	1.791	0.234

DAS 28 = Disease activity score; DI-HAQ = Disability Index-Health Assessment Questionnaire; DMARDs = Disease-modifying antirheumatic drugs.

^a HR: hazard ratio.

^b 95% CI: 95% confidence interval.

^c AHR: adjusted hazard ratio.

Risque infectieux particulier / Type IS

Plusieurs classes avec un **tropisme infectieux différent**



Risque infectieux en fct de la durée

Anti-TNF therapy is associated with an increased risk of serious infections in patients with rheumatoid arthritis especially in the first 6 months of treatment: updated results from the British Society for Rheumatology Biologics Register with special emphasis on risks in the elderly

James B. Galloway¹, Kimme L. Hyrich¹, Louise K. Mercer¹, William G. Dixon¹, Bo Fu¹, Andrew P. Ustianowski², Kath D. Watson¹, Mark Lunt¹, BSRBR Control Centre Consortium* and Deborah P. M. Symmons¹ on behalf of the British Society for Rheumatology Biologics Register

Rheumatology 2011;50:124-131

- Cohorte Britannique (BSR)
 - 11798 patients sous anti-TNF, 3598 sous DMARD
 - infections sévères (ttt iv, hospitalisation, décès)

TABLE 2 Overall and time-dependent risk of SI

Results	nbDMARD	All TNF	ETN	INF	ADA
Follow-up, pyrs	9259	36 230	15 874	9622	10 733
Number of SIs	296	1512	609	441	462
Rate/1000 pyrs (95% CI)	32 (28, 36)	42 (40, 44)	38 (35, 42)	46 (42, 50)	43 (39, 47)
Unadjusted HR	Ref.	1.5 (1.3, 1.7)	1.4 (1.2, 1.6)	1.6 (1.4, 1.9)	1.4 (1.2, 1.7)
adjHR ^a (95% CI)	Ref.	1.2 (1.1, 1.5)	1.2 (1.0, 1.4)	1.3 (1.1, 1.6)	1.3 (1.1, 1.5)
Follow-up, months					
0-6	Ref.	1.8 (1.2, 2.6)	1.8 (1.2, 2.7)	1.7 (1.1, 2.6)	1.8 (1.2, 2.7)
6-12	Ref.	1.4 (0.9, 2.0)	1.3 (0.8, 2.0)	1.4 (0.9, 2.2)	1.4 (0.9, 2.1)
12-24	Ref.	1.2 (0.8, 1.6)	1.1 (0.8, 1.5)	1.1 (0.7, 1.5)	1.3 (0.9, 1.8)
24-36	Ref.	0.9 (0.6, 1.3)	0.8 (0.6, 1.2)	1.2 (0.8, 1.8)	0.8 (0.6, 1.3)

^aAdjusted for age, gender, COPD, diabetes, smoking, disease duration, DAS, HAQ, entry year, steroid use and MTX use. pyrs: patient-years.

Risque infectieux en fct de la durée

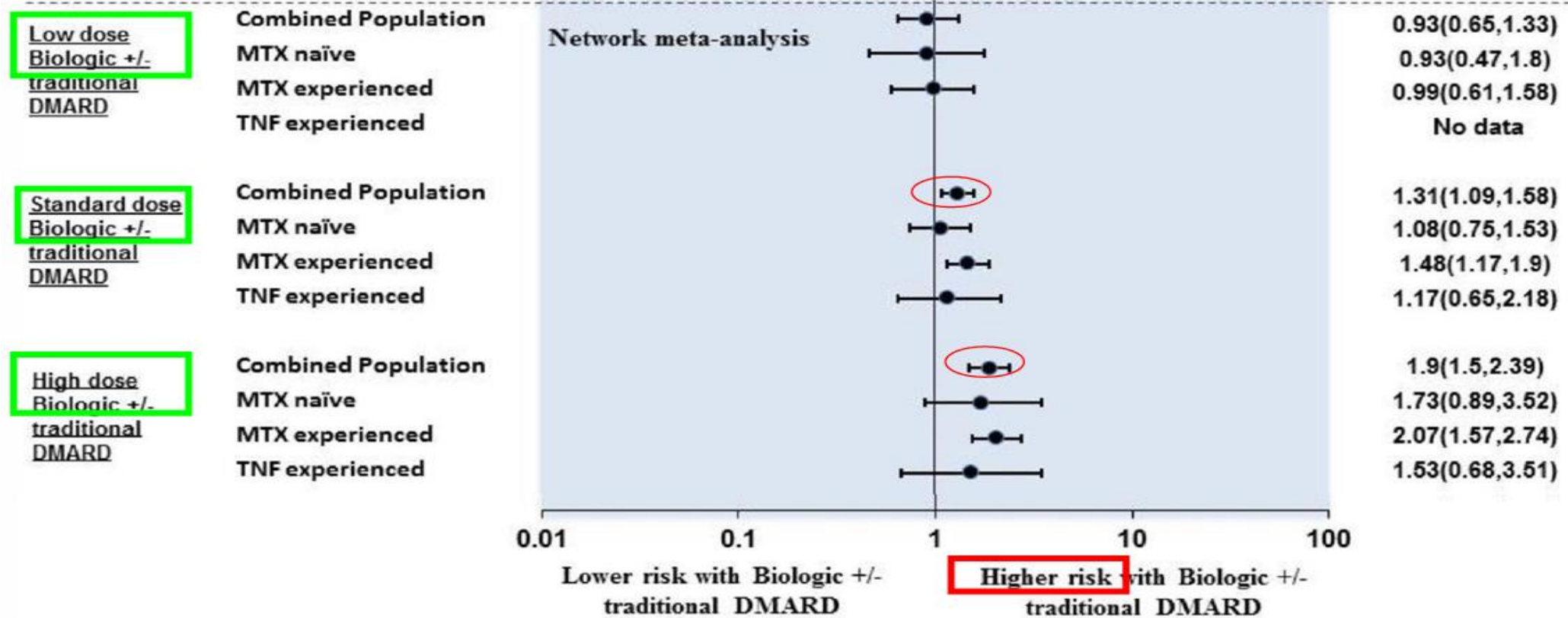
Analyse Régression Poisson: risque relatif lié à l'utilisation continue des anti-TNF après ajustement sur les variables initiales et temps-dépendantes:

Global **1.97 (1.25-3.19)**

1^{ère} année **2.40 (1.20-5.03)**

2^{ème} et 3^{ème} année combinées **1.38 (0.80-2.43)**

Risque infectieux selon la dose



The risk of serious infection with biologics in treating patients with rheumatoid arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis
 Singh JA Lancet 2015

Risque infectieux : calculer le risque..

**Question = peut-on
« individualiser »
le risque?**

Rabbit score



To calculate the risk score

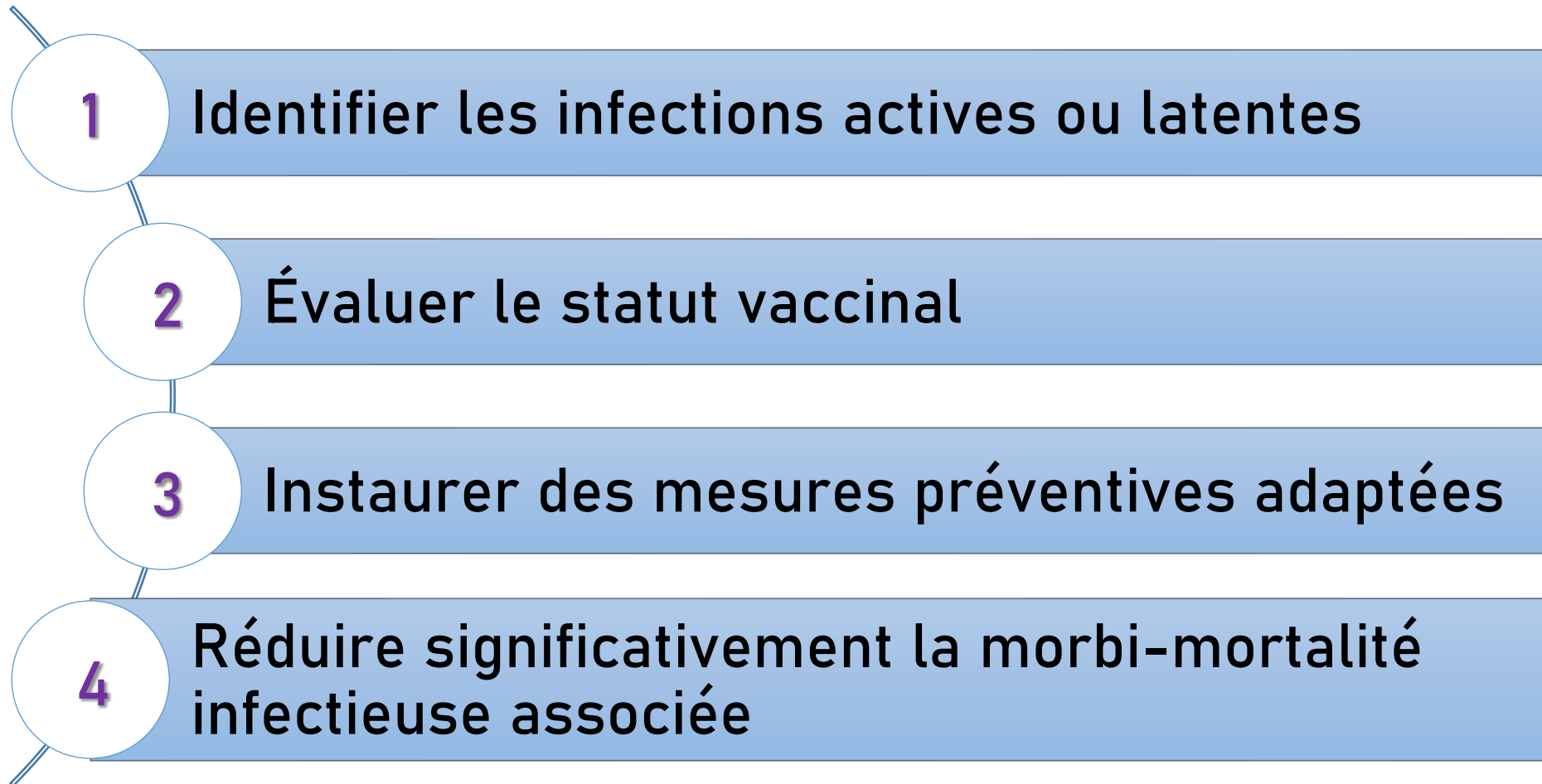
60 years of age or older?	<input type="radio"/> Yes	<input checked="" type="radio"/> No
HAQ-Score (0-3)	<input type="text" value="1.25"/>	1.25
Severe infection (last 12 months)	<input type="radio"/> Yes	<input checked="" type="radio"/> No
COPD or other chronic lung disease	<input checked="" type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Chronic kidney disease	<input type="radio"/> Yes	<input checked="" type="radio"/> No
Number of previous treatments with non-biologic /biologic DMARDs	<input checked="" type="radio"/> < 5	<input type="radio"/> >= 5
Treatment: Glucocorticoids (average dose of prednisone equivalent /d):	<input checked="" type="radio"/> < 7.5mg	<input type="radio"/> 7.5 - 14mg
	<input type="radio"/> >=15mg	
	<input type="radio"/> TNF-inhibitor	
	<input type="radio"/> Abatacept	
	<input type="radio"/> Rituximab	
	<input type="radio"/> Tocilizumab	
	<input checked="" type="radio"/> Non-biologic DMARDs	

The probability of a serious infection during the next 12 months is: 1.4 %.

<http://www.biologika-register.de/en/home/risk-score/>

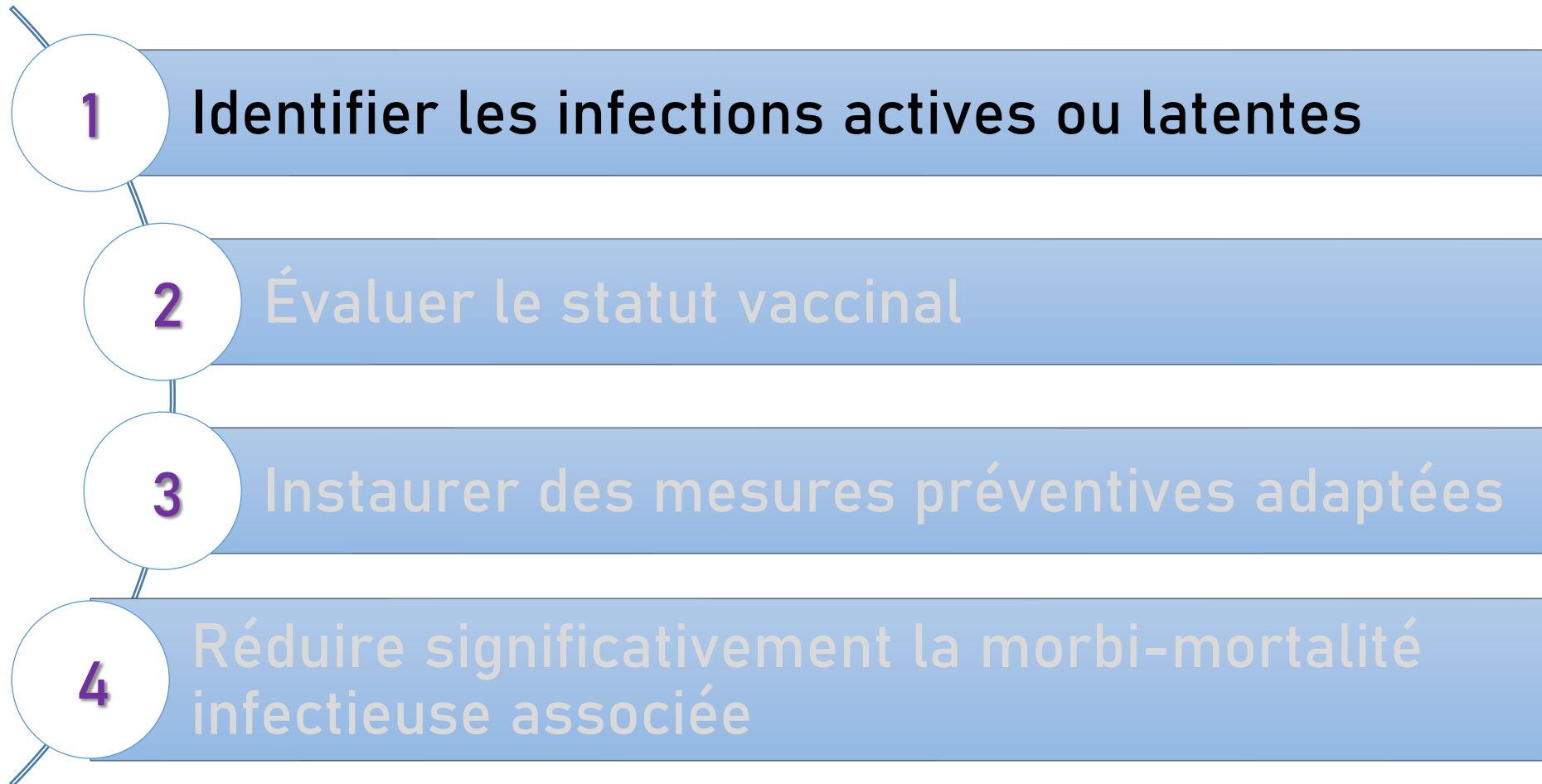
Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Étape essentielle **avant** toute initiation d'un immunosuppresseur



Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Étape essentielle **avant** toute initiation d'un immunosuppresseur



Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Étape essentielle **avant** toute initiation d'un immunosuppresseur

Dépistage des infections actives ou latentes

- Éliminer une **tuberculose latente**
- Vérifier le statut **VHB**
- Vérifier le statut **VZV**
- Vérifier le statut **CMV**

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de la **tuberculose latente**

- **Interrogatoire :**
 - Date de la vaccination BCG
 - Contact avec des patients tuberculeux
 - Pays d'origine ou séjours prolongés dans un pays endémique TBC
 - Antécédents de traitement de tuberculose latente ou active
- **Radio thorax de face**

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

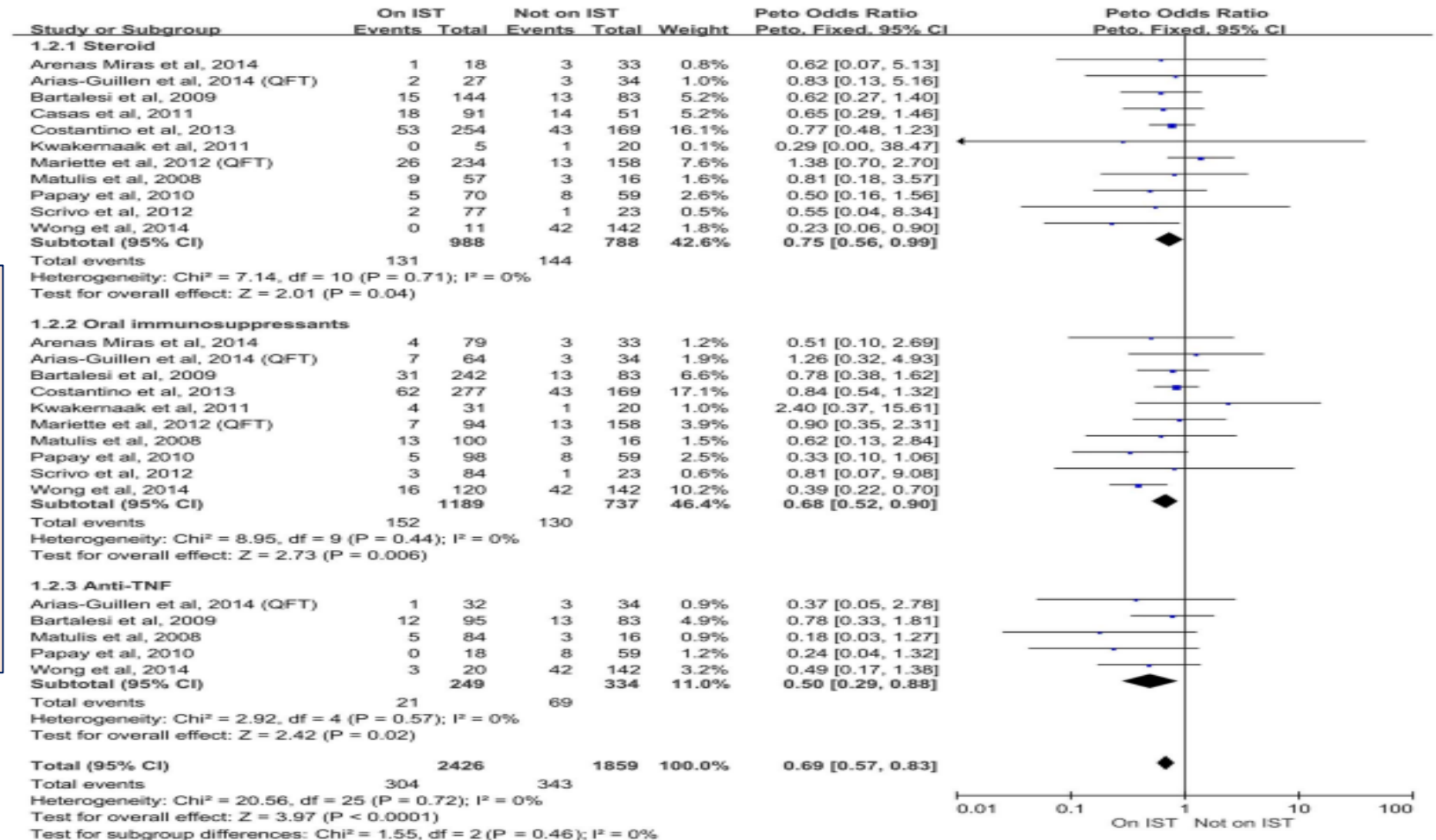
Dépistage de la tuberculose latente

- **IDR à la tuberculine 5UI** : positif si diamètre de l'induration > à 5 mm ou virage tuberculinique
- **IDR Booster** : 1 à 2 semaines après (si IDR initiale négative)
- **Test interféron-gamma IGRA** (QuantiFERON-TB® ou le T-SPOT.TB®)

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de la tuberculose latente : Limites

Effect of immunosuppressive therapy on interferon γ release assay for latent tuberculosis screening in patients with autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis

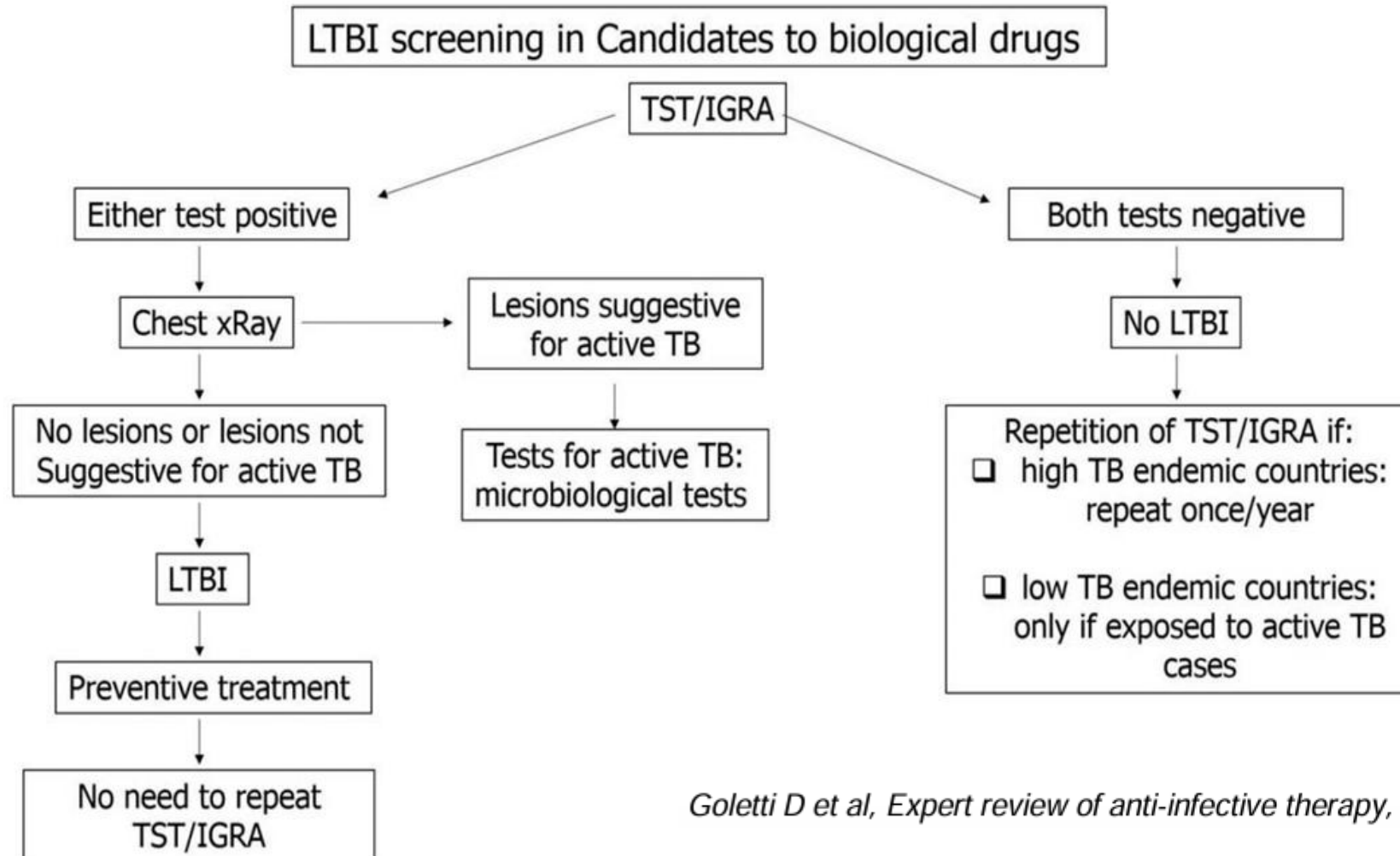


IGRA à faire

- Avant anti-TNF
- Avant tout traitement immuno suppresseur!

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de la tuberculose latente



Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de la tuberculose latente

- Re dépistage chaque 6 à 12 mois pour les patients à risque (personnels de santé, personnels de prison, EHPAD) sous anti TNF

Statement 8.3

Risk of *M. tuberculosis* infection is increased in healthcare workers with IBD on anti-TNF agents [EL4]. Regular testing for TB is advised for healthcare workers [EL5]. Vaccination programs for routine and specific vaccines should be closely followed [EL5].

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de la tuberculose latente

Statement 4.3

Patients diagnosed with LTBI before biologic or small-molecule therapy or prolonged high-dose systemic steroids should be treated with a complete therapeutic regimen for LTBI [EL1]. In other situations, specialist advice should be sought. When there is LTBI and active IBD,

biologic or small-molecule therapy should be delayed for at least 4 weeks after chemotherapy, except in cases of greater clinical urgency and with specialist advice [EL5]

Respecter un délai
d'au moins **4 semaines**
entre IS et ttt anti TBC

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

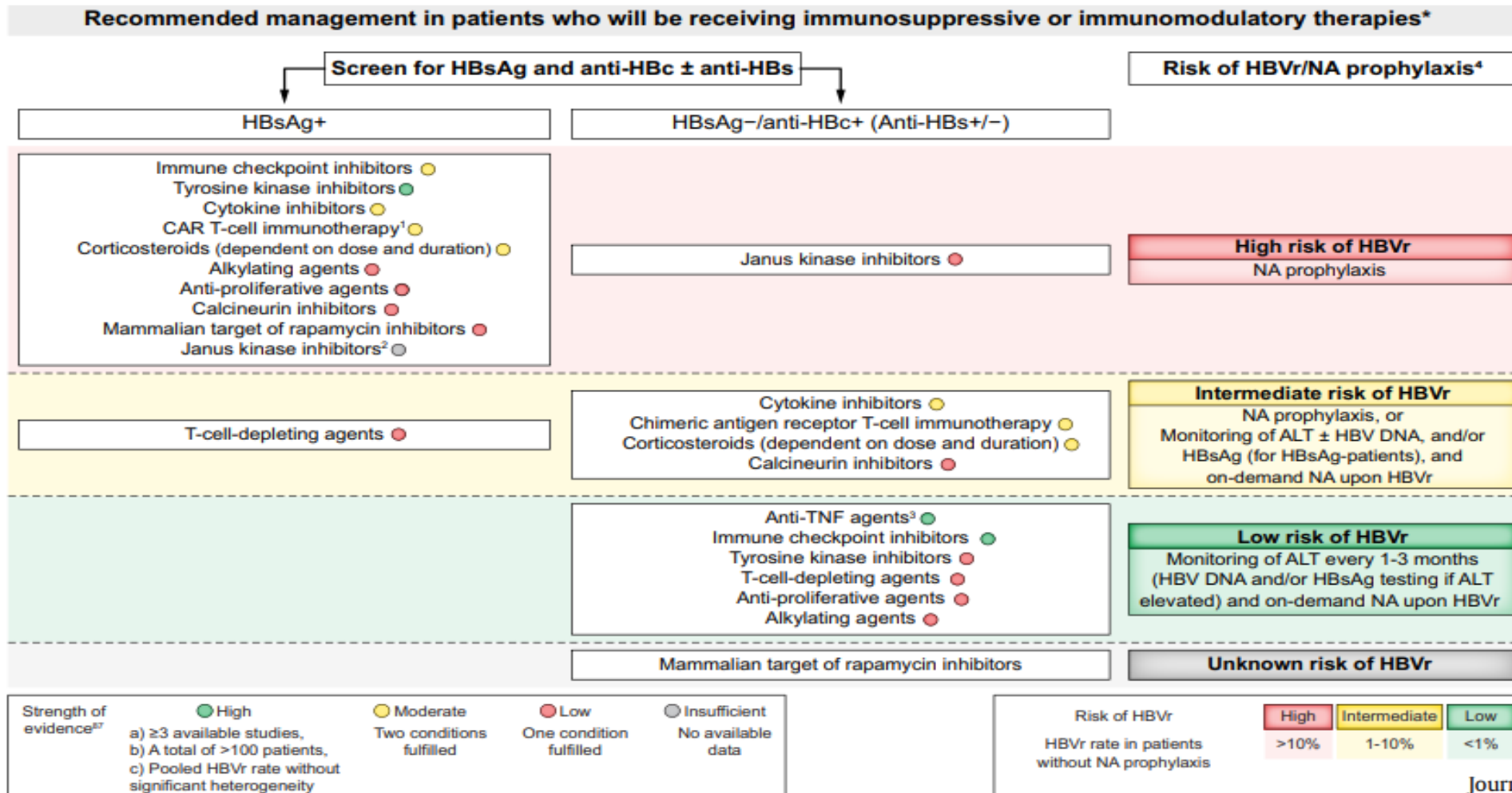
Dépistage de la tuberculose latente

Table 2. Tuberculosis chemoprophylaxis regimens.

Drug[s]	Posology	Duration [months]	Estimated protection	Observations
INH	300 mg/day; maximum [5 mg/kg]	6–9	9 months: 90% 6 months: 60–80%	Poor adherence associated with toxicity; vitamin B6 [300 mg/ week] is recommended to reduce neurotoxicity
Rifapentine +INH	Rifapentine 900 mg plus INH 900 mg once weekly; 12 doses	3	Not inferior to INH 9 months	Better adherence
Rifampicin	600 mg/day; maximum [10 mg/Kg]	4	Not inferior to INH 9 months	Better safety and adherence

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le VHB



Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le VHB

Table 9. Recommendations for HBV screening prior to immunosuppressive or immunomodulatory therapies.

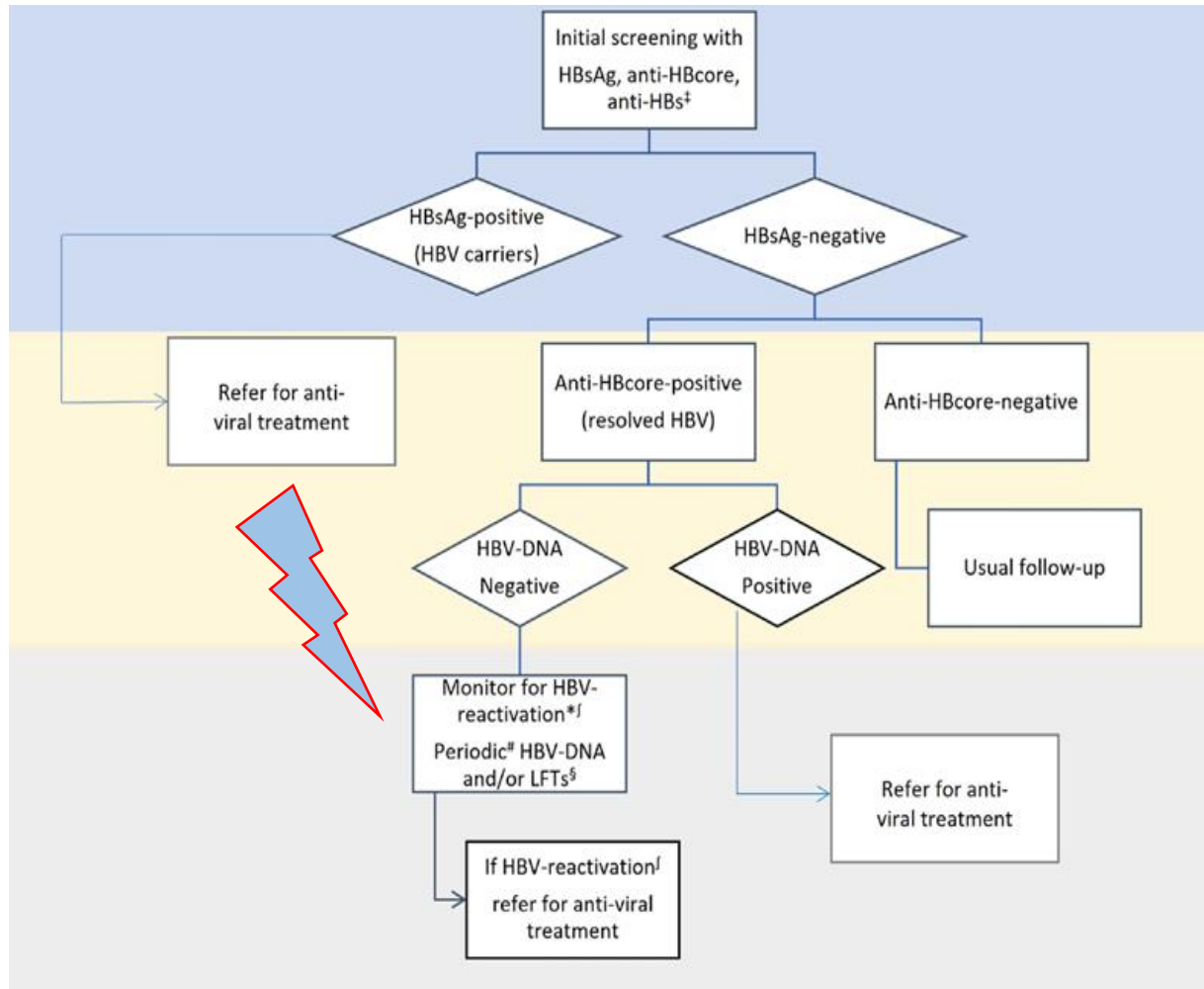
Society, year ^{Ref}	Whom to screen	HBV screening tests
American Gastroenterological Association, 2015 ¹¹	High risk of HBV infection per CDC guidelines Therapies with moderate-high risk of HBVr	HBsAg and anti-HBc HBV DNA if either positive
European Association for the Study of the Liver, 2017 ⁶	Any immunosuppressive or chemotherapy	HBsAg, anti-HBc, anti-HBs
American Association for the Study of Liver Diseases, 2018 ¹²	Any immunosuppressive, cytotoxic or immunomodulatory therapy	HBsAg, anti-HBc
American Society of Clinical Oncology, 2020 ⁷	Any systemic anti-cancer therapy	HBsAg, anti-HBc, anti-HBs
Asian Pacific Association for the Study of the Liver, 2022 ⁸	Any immunosuppressive therapy	HBsAg, anti-HBc, anti-HBs
European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2018 ^{10 *}	Anti-TNF, anti-CD20, anti-CD52	HBsAg and anti-HBc
American Academy of Dermatology, 2019 ^{9 *}	Anti-TNF, anti-IL12, IL13, IL17	HBsAg, anti-HBc, anti-HBs
American College of Rheumatology, 2021 ^{82 *}	Disease-modifying antirheumatic drugs	HBsAg and anti-HBc
Authors of current article	Any immunosuppressive or immunomodulatory therapy	HBsAg and anti-HBc HBV DNA if HBsAg+, optional if HBsAg-/anti-HBc+ Anti-HBs optional

Anti-HBc, anti-hepatitis B core antibody; anti-HBs, anti-hepatitis B surface antibody; HBVr, HBV reactivation.

*Recommendations for specific therapies evaluated.

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le VHB



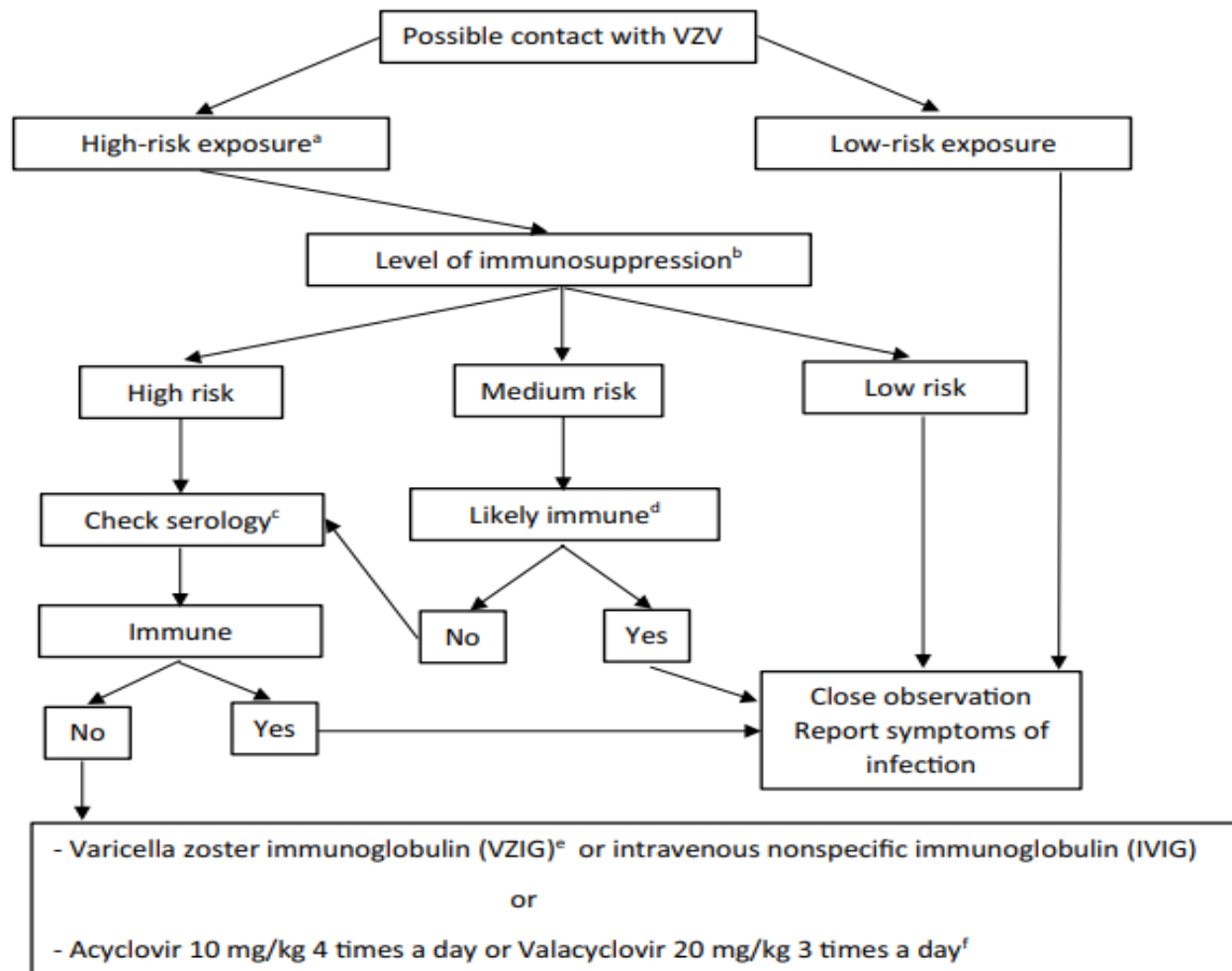
Ag HBs,
Ac anti-HBc
Ac anti-HBs

ADN viral
si AgHBs +
si Ac anti-HBc+

2022 EULAR recommendations for screening and prophylaxis of chronic and opportunistic infections in adults with autoimmune inflammatory rheumatic diseases

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le VZV



Position statement on infection screening, prophylaxis, and vaccination in pediatric patients with rheumatic diseases and immunosuppressive therapies, part 2: infection prophylaxis

Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le VZV

Low risk	Medium risk ^b	High risk ^c
Prednisone^a	Prednisolone/Methylprednisolone: ≥ 40 mg/day for at least a week > 2 mg/kg/day for at least a week Prednisone: ≥ 2 mg/kg/day (20 mg in children ≥ 10 kg) for at least 2 weeks ≥ 20 mg/day for at least 2 weeks ≥ 1 mg/kg/day at least a month	bDMARDs
Methotrexate^a	Methotrexate 15 mg/m ² /week or > 0.4 mg/kg/week	JAK inhibitors
Azathioprine^a	Azathioprine ≥ 3 mg/kg/day	
Sulfasalazine	Mercaptopurine ≥ 1.5 mg/kg/day	Cyclophosphamide
Hydroxychloroquine	Leflunomide	Cyclosporine

Table 2 Risk of opportunistic infection with VZV due to immunosuppressive drugs

bDMARDs, biological disease-modifying antirheumatic drugs

^aAt lower doses than in the intermediate-risk group

^bAny of the drugs in the previous 3 months

^cAny of the drugs in the previous 6 months

Position statement on infection screening, prophylaxis, and vaccination in pediatric patients with rheumatic diseases and immunosuppressive therapies, part 2: infection prophylaxis

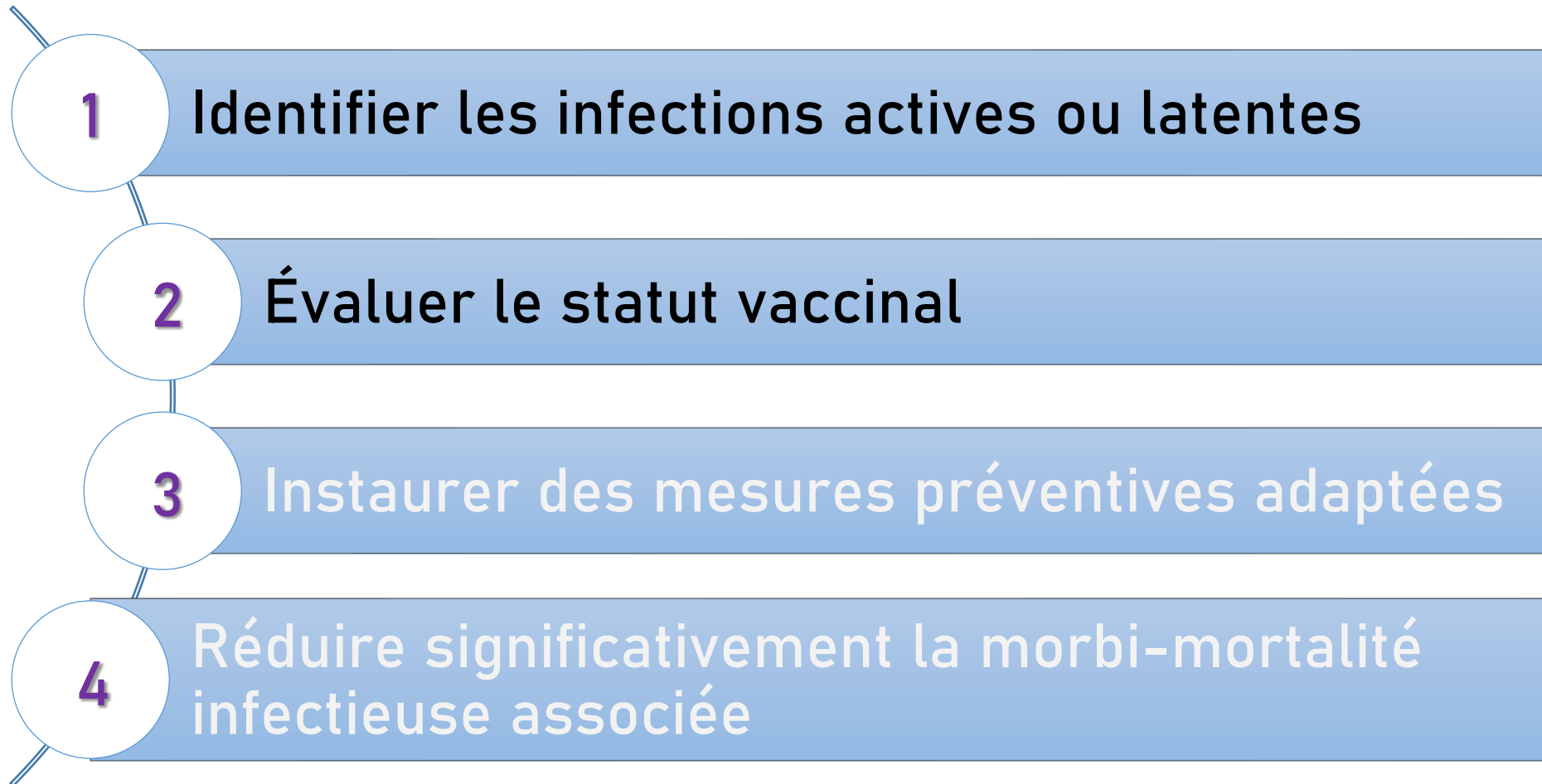
Bilan pré thérapeutique systématique/ type IS

Dépistage de l'infection par le **CMV**

- Sérologie **CMV** : Ig M; IgG
- PCR CMV sur sang n'est pas systématique sauf :
 - ▶ Haut risque de réactivation CMV : **Alemtuzimab** (Anti CD52)
 - ▶ Greffés d'organes solides
 - ▶ Greffes de souches hématopoiétiques

Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Étape essentielle **avant** toute initiation d'un immunosuppresseur



Bilan pré thérapeutique systématique / type IS

Evaluation du statut vaccinal

À l'interrogatoire vérifier :

- ▶ Absence de vaccination **récente** avec un **vaccin vivant**
(fièvre jaune, BCG)
- ▶ Statut vaccinal : carnet de vaccination



Bilan pré thérapeutique systématique / type IS

Évaluation clinique

- de signes locaux ou généraux d'infection évolutive
- de foyer infectieux : dentaire, urinaire, cutané, ORL...
- d'Adénopathies
- de signes broncho pulmonaires ou insuffisance cardiaque
- de signes d'auto immunité
- de signes orientant vers une hémopathie ou néoplasie
- **Dépistage du HPV**



Bilan pré thérapeutique : Recommandations ?

Recommandations internationales

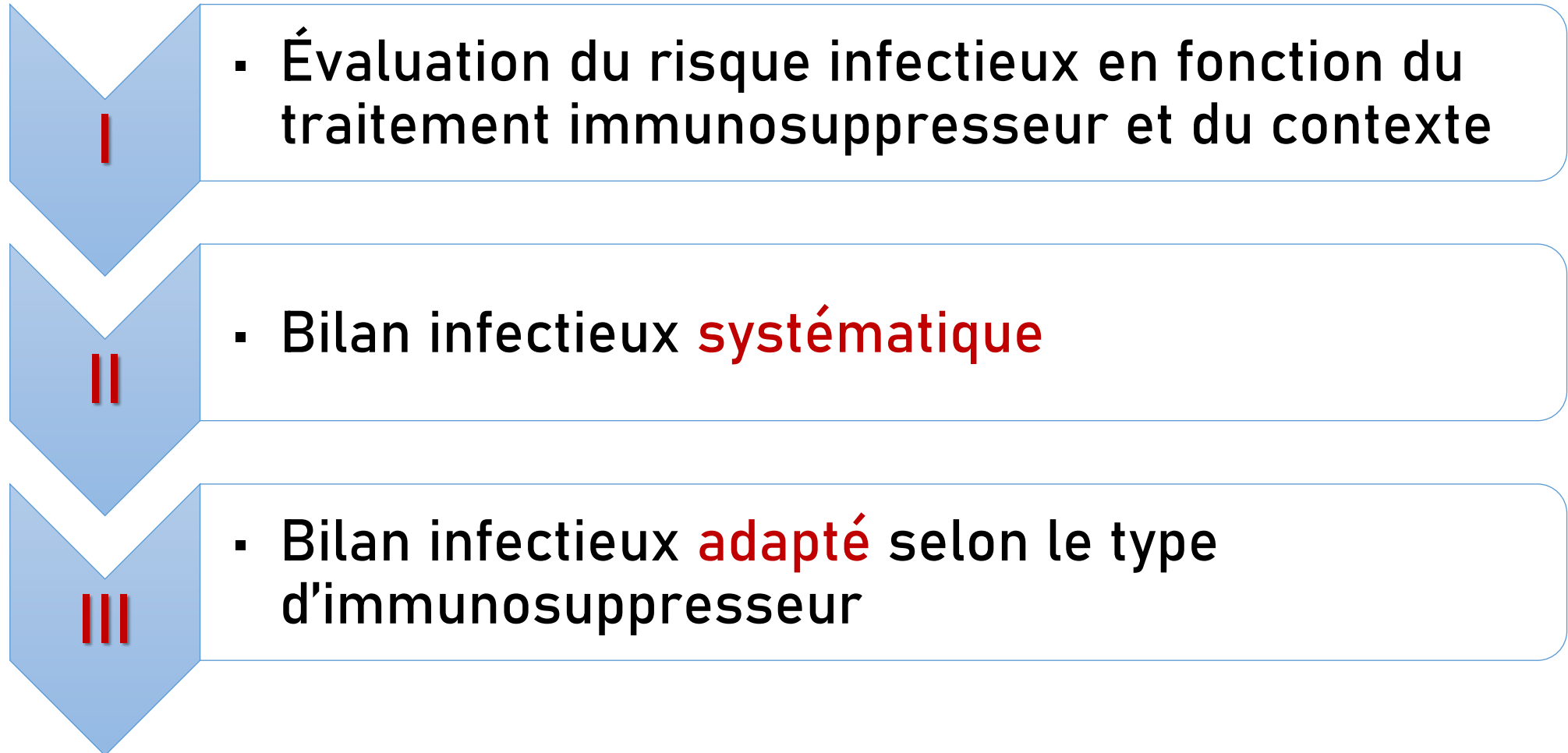
- SFHGL – Fiches de recommandations sur le bilan avant immunosuppresseurs (France)
- Guidelines for screening and prophylaxis prior to anti-TNF- α therapy (Danish Society of Gastroenterology)
- GETECCU (Spanish Working Group) – Tuberculosis screening recommendations
- EULAR 2022/ECCO
- ESCMID 2018

Recommandations nationales

Recommandations Tunisiennes de Bonne Pratique pour le Traitement des Spondyloarthrites par les Agents Biologiques 2023

Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Les principes de bilan avant mise sous immunosuppresseurs



Bilan pré thérapeutique **systematique** Avant tout immunosuppresseur

- Dépistage de la **TBC latente**
- Sérologie **VHB**
- Sérologies **VHC et HIV**
- Sérologies **CMV**
- Sérologie **EBV**
- Dépistage du **HPV**
- Sérologie **VZV** si absence de varicelle documentée

Statement 3.12*

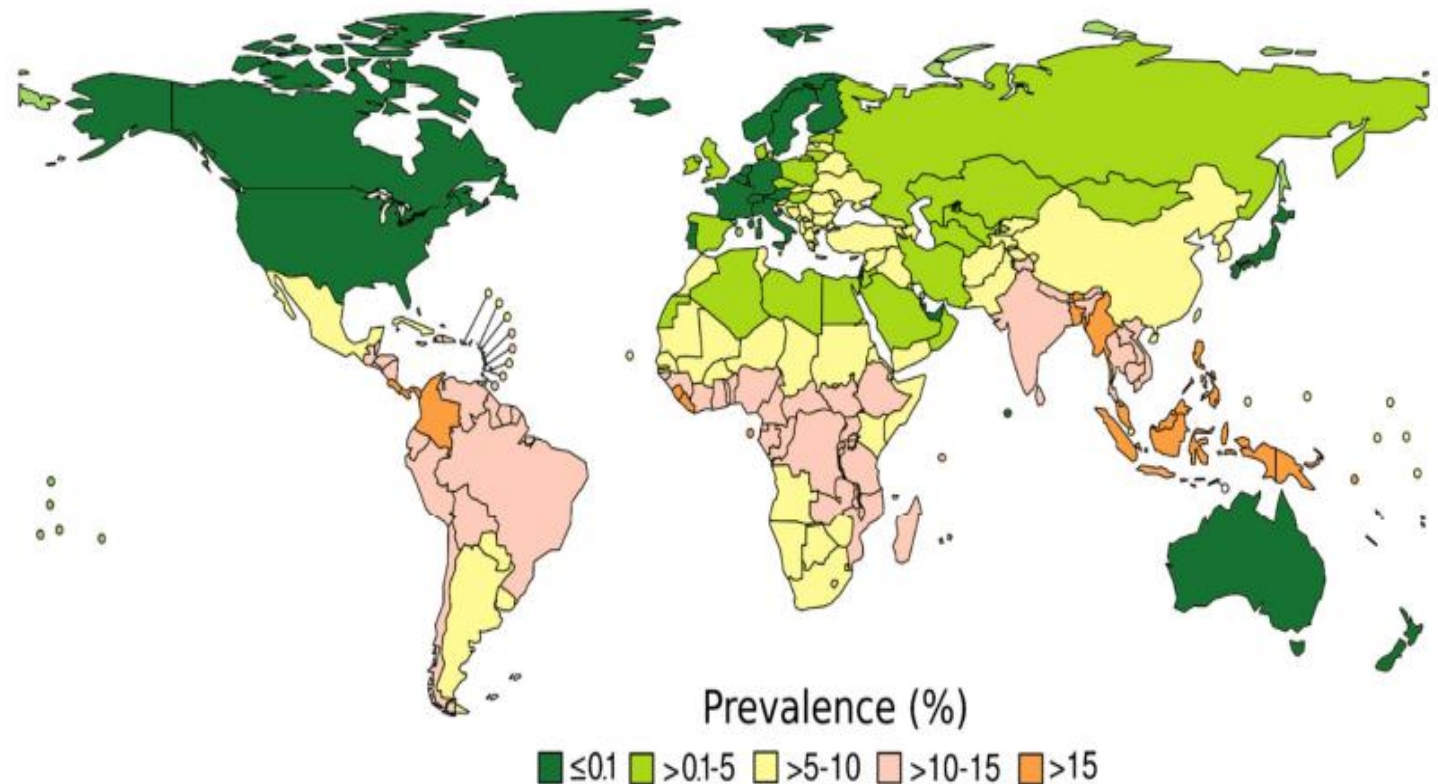
EBV is associated with an increased risk of lymphoma in EBV-negative patients on immunosuppressive therapy, primarily thiopurines [EL4]. Use of thiopurines in EBV-IgG negative patients should be carefully considered [EL5]

Bilan pré thérapeutique en fonction du contexte

Dépistage de la Strongyloïdose

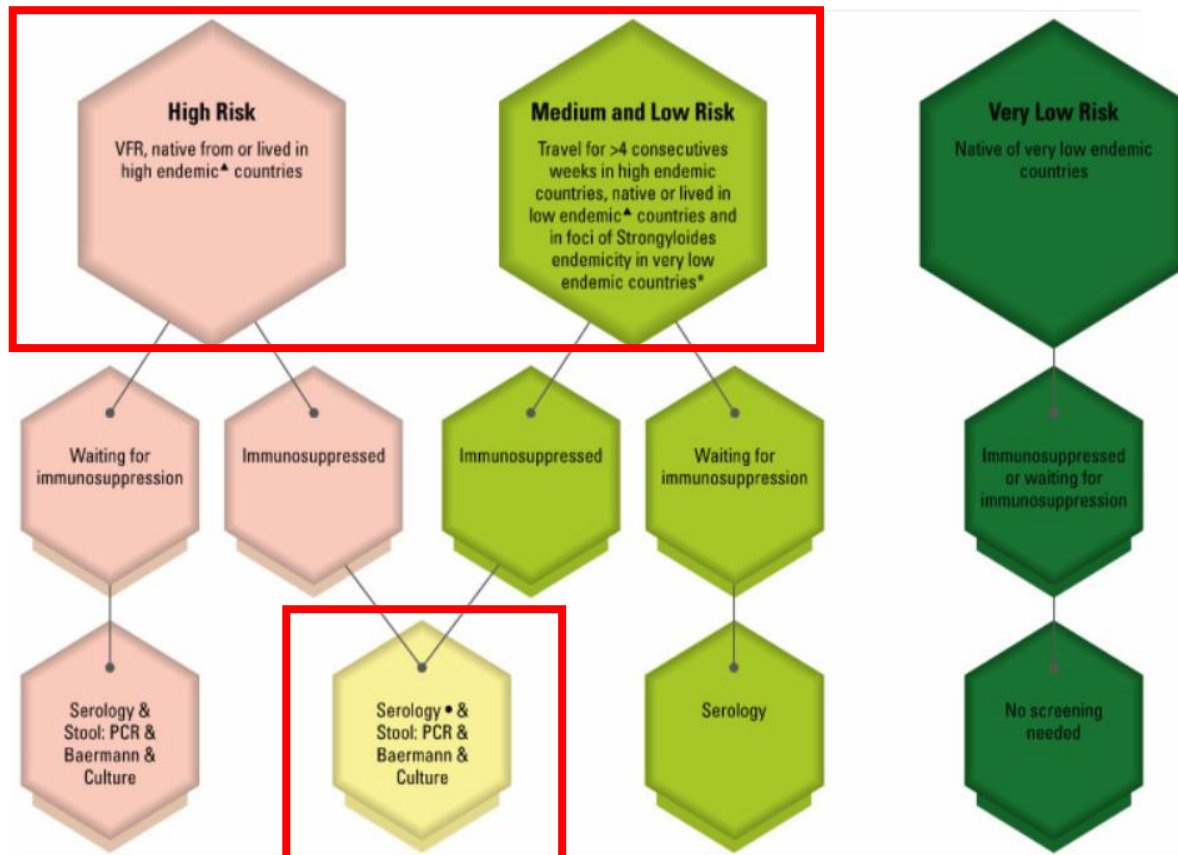
Retour d'un voyage d'un **pays endémique** pour la Strongyloïdose :

- Zones tropicaux et subtropicaux
- Zones tempérées



Bilan pré thérapeutique en fonction du contexte

Dépistage de la Strongyloïdose

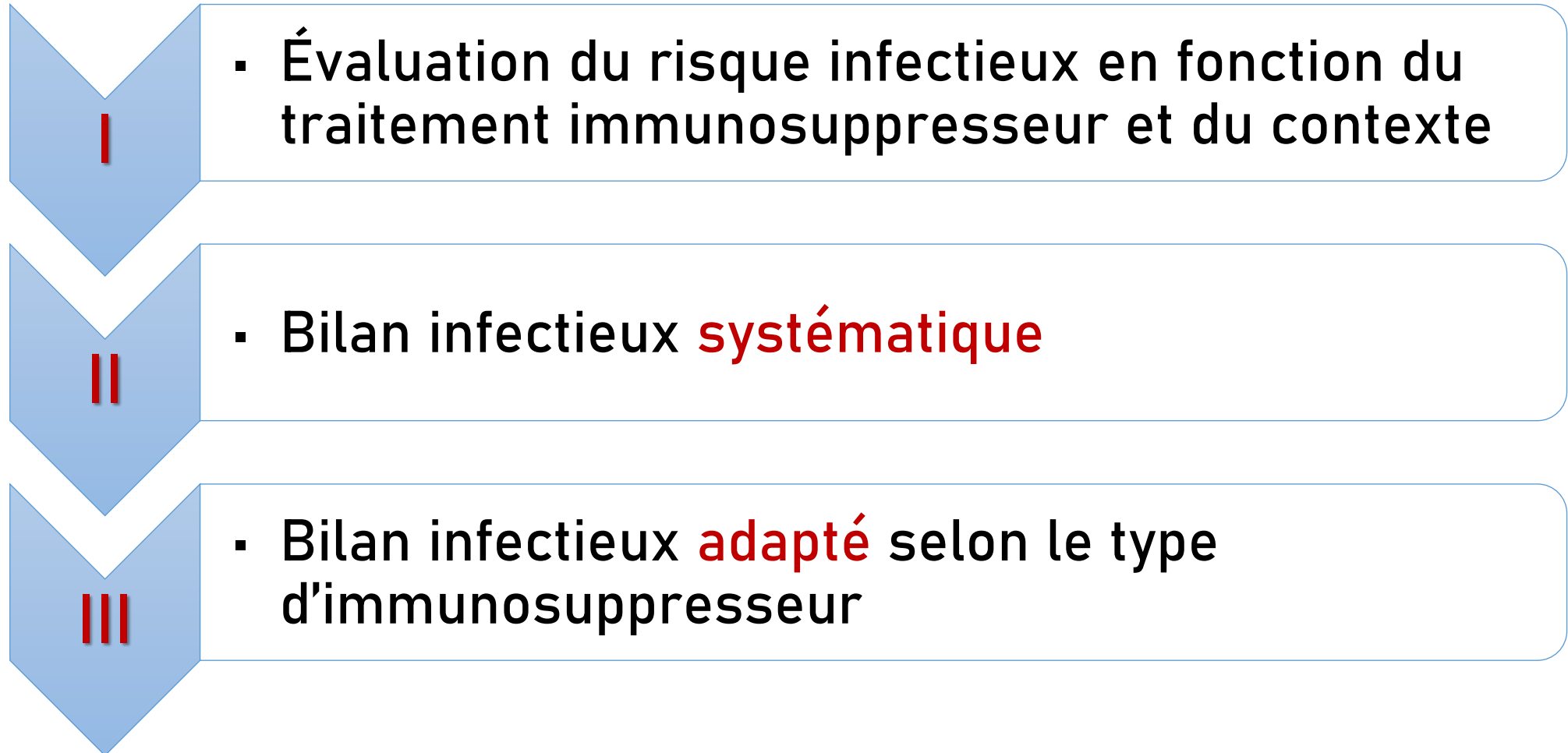


Recherche de *Strongyloides stercoralis* :

- Sérologie : IgG
- PCR sur selles
- Culture / Baermann

Bilan Infectieux pré thérapeutique

- Les principes de bilan avant mise sous immunosuppresseurs



Bilan pré thérapeutique en fonction de l'immunosuppresseur

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector
molecules [I]: anti-tumor necrosis factor- α agents)

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Agents targeting
lymphoid cells surface antigens [I]: CD19, CD20 and CD52)

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Immune checkpoint
inhibitors, cell adhesion inhibitors, sphingosine-1-phosphate receptor
modulators and proteasome inhibitors)

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector
molecules [II]: agents targeting interleukins, immunoglobulins and
complement factors)

Bilan pré thérapeutique avant anti TNF- α

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector
molecules [I]: anti-tumor necrosis factor- α agents)

infliximab,
adalimumab
golimumab
certolizumab pegol
etanercept

1

Dépistage de la TBC latente **Obligatoire** : TST/IGRA
Exclure une TBC active



2

Dépistage **annuel** sous anti TNF si bilan initial négatif
notamment dans les pays à haute endémicité pour la TBC

3

Dépistage de l'infection VHB

Bilan pré thérapeutique avant anti CD20

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Agents targeting
lymphoid cells surface antigens [I]: CD19, CD20 and CD52)

CD20-directed agents:
rituximab, ofatumumab,
ocrelizumab, veltuzumab,
ocaratuzumab and
ublrituximab

1

Dépistage de l'infection VHB chronique ou résolue
obligatoire avant anti-CD 20



Bilan pré thérapeutique avant anti CD52

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Agents targeting
lymphoid cells surface antigens [I]: CD19, CD20 and CD52)

CD52-targeted agents:
alemtuzumab



1

Dépistage de l'infection à CMV obligatoire avant alemtuzumab
Surveillance par **PCR CMV sur sang** pendant toute la durée
du ttt en cas d'hémopathie maligne, greffés d'organes solides
ou greffés de souches hématopoiétiques

2

Dépistage de l'infection VHB et VHC obligatoire avant
alemtuzumab

Bilan pré thérapeutique avant anti CD52

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective (Agents targeting lymphoid cells surface antigens [I]: CD19, CD20 and CD52)

CD52-targeted agents:
alemtuzumab

3

Dépistage annuel de human papillomavirus obligatoire pour les femmes recevant alemtuzumab

4

Dépistage de la TBC latente

Bilan pré thérapeutique avant anti CD52

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective (Agents targeting lymphoid cells surface antigens [I]: CD19, CD20 and CD52)

CD52-targeted agents:
alemtuzumab

5


Counselling on appropriate hygienic and food safety measures that might reduce the risk of listeriosis (e.g. to avoid unpasteurized milk and its products, certain soft cheeses like brie or feta, raw or undercooked meat) or toxoplasmosis among Toxoplasma-seronegative patients (e.g. avoid raw or undercooked meat and contact with cat faeces) should also be provided.

IMPORTANT

Bilan pré thérapeutique avant **natalizumab**

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Immune checkpoint
inhibitors, cell adhesion inhibitors, sphingosine-1-phosphate receptor
modulators and proteasome inhibitors)

α 4-integrins (and other cell adhesion molecules)-targeted agents: **natalizumab**,
vedolizumab and efalizumab




Risk factors for natalizumab-induced PML include pretreatment JCV
serostatus (and anti-JCV IgG antibody index), history of
immunosuppression and duration of treatment with natalizumab

Bilan pré thérapeutique avant **natalizumab**

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Immune checkpoint
inhibitors, cell adhesion inhibitors, sphingosine-1-phosphate receptor
modulators and proteasome inhibitors)

α 4-integrins (and other cell adhesion molecules)-targeted agents: **natalizumab**,
vedolizumab and efalizumab



It is recommended to test for anti-JCV IgG antibodies before starting treatment with natalizumab. JCV-seronegative patients should be retested every 6 months after the first year of treatment. JCV-seropositive patients with an IgG antibody index of 1.5 should be also retested every 6 months.

Bilan pré thérapeutique avant omalizumab

ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH)
Consensus Document on the safety of targeted and biological
therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector
molecules [II]: agents targeting interleukins, immunoglobulins and
complement factors)

Omalizumab : anti Ig E

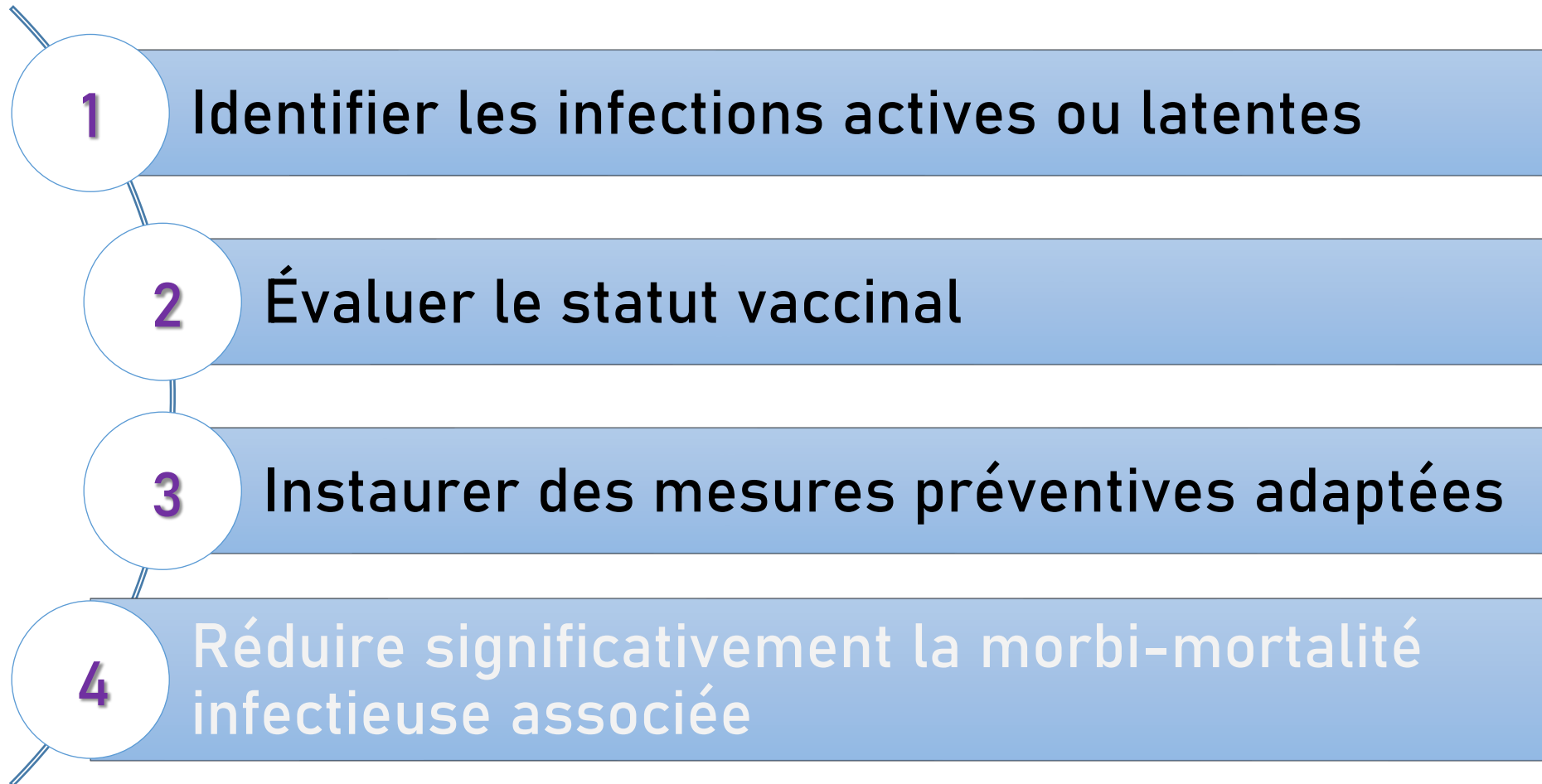
Dépistage du portage **des géohelminthes** en cas de retour d'une
zone d'endémie
Re dépistage si persistance du risque pendant la durée du ttt



Bilan pré thérapeutique

Prévention en dehors de la vaccination

- Étape essentielle **avant** toute initiation d'un immunosuppresseur



Bilan pré thérapeutique

Prévention en dehors de la vaccination

Prophylaxie contre la pneumocystose

Statement 6.3

For patients with IBD on triple immunosuppressive therapy [including steroids, methotrexate, thiopurines, biologics], standard prophylaxis with TMP-SMX should be strongly considered [EL4]. For those on double immunosuppressive therapy, prophylactic TMP-SMX may also be considered, especially if one of these is a calcineurin inhibitor [EL4]. TMP-SMX should also be considered for any combination of high-dose corticosteroids, low lymphocyte count, or JAK inhibitors [EL5]

Bilan pré thérapeutique

Prévention en dehors de la vaccination

Prophylaxie contre la strongyloïdose

Parasite	First-line	Second-line	Duration	Comments
<i>Strongyloides stercoralis</i>	ivermectin or ivermectin plus albendazole	albendazole [7 days]	For severe disease: at least 2 weeks For <i>Strongyloides stercoralis</i> eradication: 2 or 4 days	Endemic in rural areas of tropical and subtropical regions; sporadically in temperate areas <i>Strongyloides</i> colitis may mimic UC

Bilan pré thérapeutique

Prévention en dehors de la vaccination

Prophylaxie contre les parasitoses

Un traitement antiparasitaire par **ivermectine** (ou à défaut **albendazole**) est à proposer avant mise sous corticoïdes à tout patient ayant voyagé en **zone d'endémie**

Bilan pré thérapeutique

Prévention en dehors de la vaccination

Prophylaxie anti virale

VHB	Obligatoire	si AgHBs positifs (entécavir++) et/ou Ac anti HBc positifs	Anti-CD20 12 à 18 mois !
	Optionnel	si AgHBs positifs +/- si Ac anti HBc positifs	Anti TNF-α Anti-CD 52
CMV HSV	MS : si Ig G HSV; CMV positifs pendant 2 mois pour chaque cycle ou jusqu'à un taux de lymphocytes > 200 cells/mL		Anti-CD 52

Bilan pré thérapeutique : Récapitulons..

Bilan systématique avant tout immunosuppresseur

Sérologie **VHB** : Ag HBs, A anti-HBc, anti-HBs
ADN viral si AgHBs + / Ac antiHBc +

Sérologie **VHC, VIH**

Sérologie **EBV**

Sérologie **CMV**

Sérologie **VZV** si absence de varicelle

Dépistage de la TBC latente : **TST/IGRA** ; Rx Thorax

Dépistage **du HPV**

Bilan pré thérapeutique : Récapitulons..

IS à risque particulier

Niveau de
risque

Anti TNF- α - Dépistage de la TBC latente

TST/IGRA ; Rx Thorax

- Sérologie **VHB**

Très élevé

Élevé

Anti CD20 - Sérologie **VHB**

Très élevé

Anti CD52 - Sérologie **CMV ; PCR CMV**

Très élevé

Bilan pré thérapeutique : Récapitulons..

IS à risque particulier

Niveau de
risque

Anti α 4-
integrins
natalizumab

- Anti-**JCV** IgG antibody index

Très élevé

Anti Ig E
Omalizumab

- Dépistage du portage des **géo**helminthes

Très élevé

Anti
complément
Eculizumab

- Dépistage du portage du **gonocoque**

Très élevé

En conclusion:

- Bilan infectieux : une étape indispensable avant mise sous immunosuppresseurs
- Adapter le bilan au **type de traitement IS** et au **risque infectieux**
- Anticiper pour **prévenir** plutôt que traiter
- Importance d'une **coordination multidisciplinaire**
(infectiologie – médecin prescripteur)

Merci de votre attention