

À PROPOS DE L'AUTRICE



Catherine Rowan, MB BCh BAO, M.D., MRCPI

La D^{re} Rowan a suivi une formation de gastro-entérologue et de médecin interne généraliste en Irlande, ainsi qu'une formation de sous-spécialité dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin. Elle a été boursière du programme *Present-Levison Advanced IBD* à l'hôpital Mount Sinai, à New York, où elle s'est concentrée sur les soins complexes des MII et sur la chromo-endoscopie. Par la suite, elle a obtenu une bourse de recherche spécialisée sur les MII à l'Université de Calgary, où elle s'est particulièrement intéressée aux soins des MII dans les populations spéciales et à l'échographie intestinale. La D^{re} Rowan travaille actuellement comme gastro-entérologue consultante et spécialiste des MII à l'hôpital Beaumont de Dublin, en Irlande, où elle est responsable du département d'échographie intestinale et de la formation à l'endoscopie.

Affiliations de l'autrice : Département de gastro-entérologie, hôpital Beaumont, Dublin, Irlande

Voyager avec une maladie inflammatoire de l'intestin : considérations cliniques

Catherine Rowan, MB BCh BAO, M.D., MRCPI

Principaux points à retenir :

- La consultation avant le voyage est essentielle pour un voyage sûr et agréable. Les patients atteints d'une MII et leurs médecins devraient discuter des vaccinations nécessaires et des plans d'action dès que possible.
- Planifier son voyage en préparant une trousse médicale, les médicaments nécessaires et en souscrivant une assurance voyage adéquate permet de réduire le stress et d'atténuer les problèmes.
- La vaccination avant le voyage est un élément important de la préparation de nombreux patients atteints d'une MII. Les vaccins vivants sont contre-indiqués chez les patients prenant des immunosuppresseurs. L'avis d'un spécialiste de la médecine des voyages peut permettre de définir les vaccins nécessaires à chaque patient.
- Plusieurs ressources sont à la disposition des médecins et des patients, afin d'offrir à ces derniers une plus grande autonomie et d'éliminer les nombreux obstacles auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils voyagent.

Introduction

Les habitudes de voyage indiquent une augmentation constante des volumes annuels. En 2023, les données sur le tourisme mondial montrent que le nombre de voyageurs a augmenté pour atteindre 1,3 milliard d'arrivées qui se rapproche ainsi des niveaux observés avant la pandémie de COVID-19.¹ Une proportion importante de voyageurs, environ 18 % parmi ceux qui visitent les pays en développement, sont atteints d'une maladie chronique.² Dans une enquête menée par Greveson et al., la plupart des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ont déclaré que leur diagnostic avait une incidence sur leurs habitudes de voyage et sur le choix de leur destination, surtout les patients sous traitement immunosuppresseur. Malgré cela, seuls 23 % des patients ont consulté un médecin avant leur voyage.³ Les patients atteints d'une MII signalent un certain nombre d'obstacles au voyage. Les médicaments, les conséquences sur l'infection et le besoin d'une vaccination, l'accès à des toilettes propres, la disponibilité de la nourriture et des services médicaux appropriés sont les préoccupations les plus souvent citées.^{4,5}

Bien que la plupart des patients restent en bonne santé pendant leur voyage, une minorité importante signale la survenue de maladies liées au voyage. Selon une étude menée par Ben-Horin et al., la grande majorité des maladies constatées chez les patients atteints d'une MII étaient de nature entérique.^{6,7} Les facteurs de risque identifiés étaient des taux élevés de calprotectine fécale, des exacerbations fréquentes de la MII et des hospitalisations liées à cette maladie.^{6,7}

Les voyages sont une partie importante et souvent nécessaire de la vie de nos patients, que ce soit aux fins de loisirs, de visite à des amis ou à des parents, de formation ou de travail. L'*European Crohn's and Colitis Organisation* recommande aux patients atteints d'une MII de recevoir des conseils avant le voyage et de consulter les lignes directrices nationales et celles de l'OMS.⁸ Toutefois, une enquête a révélé que seulement la moitié des gastro-entérologues donnaient des conseils de voyage spécifiques aux patients atteints d'une MII, et le faisaient à des niveaux de précision variables.⁹ Cet article présente des conseils de voyage généraux et des éléments spécifiques qui s'adressent aux patients atteints d'une MII afin de faciliter un voyage sûr et agréable.

Préparation du voyage

Les personnes atteintes d'une MII doivent discuter de leurs projets de voyage avec leur équipe de soins des MII le plus tôt possible pour mieux assurer la sécurité de leurs déplacements. Les conseils spécifiques varieront selon les besoins des patients, la durée de leur voyage, leur destination et le traitement médical qu'ils prennent. Des recherches préliminaires en fonction de la destination et du but du voyage peuvent diminuer le stress lié au déplacement et faciliter la décision de consulter un professionnel de la santé spécialisé avant le départ.

Les éléments importants dont il faut tenir compte sont notamment : **a)** services de santé et médecins locaux, **b)** plan d'urgence et trousse de voyage, **c)** assurance voyage, **d)** vaccinations et **e)** médicaments.

Services de santé locaux

Les services de santé peuvent varier considérablement entre pays. Il est donc important que les patients se familiarisent avec l'infrastructure du système de santé de leur destination. Il leur est également conseillé de se renseigner sur les hôpitaux et les gastro-entérologues ou les médecins spécialisés en MII locaux avant le départ. En tant que gastro-entérologue traitant du patient, vous pourriez recommander des collègues qui travaillent dans ce domaine. Sinon, plusieurs ressources sont disponibles pour aider les patients à identifier les experts locaux, notamment l'Association internationale pour l'assistance médicale aux voyageurs (<https://www.iamat.org>) ou le site *IBD Passport* (<https://www.ibdpassport.com>). *IBD Passport* est une organisation à but non lucratif enregistrée au Royaume-Uni qui fournit des renseignements factuels sur le voyage aux patients atteints d'une MII, notamment des conseils spécifiques à chaque pays et un répertoire des centres MII dans le monde entier.¹⁰

Plan d'urgence

La planification en vue d'une situation d'urgence peut réduire le stress et l'incertitude associés aux exacerbations inattendues des MII lors d'un voyage. Outre l'identification des ressources de santé et des gastro-entérologues locaux, il est utile de disposer des coordonnées

Symptômes	Je me sens bien et mes symptômes sont stables.	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée • Crampes abdominales • Nausées, vomissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Diarrhée sanglante • Fièvres/frissons • Douleur/sensibilité abdominale intense • Incapacité d'absorber des liquides
Actions	Continuer à prendre mes médicaments habituels.	Continuer à prendre mes médicaments habituels.	Consulter immédiatement un médecin.
		Restez hydraté en buvant de l'eau en bouteille et des solutions d'électrolytes.	Continuer à prendre mes médicaments habituels.
		Ajouter du sel à mon alimentation.	
		Si les symptômes persistent plus de deux jours, consulter un médecin local. Communiquer avec l'équipe spécialisée en MII.	Communiquer avec l'équipe spécialisée en MII.

Tableau 1. Exemple de plan d'action pour les voyages; avec l'aimable autorisation du Catherine Rowan, MB BCH BAO, M.D., MRCPI.

de services médicaux d'urgence ainsi que du nom et de l'adresse d'un hôpital local doté des moyens nécessaires dans la région de destination. Les patients devraient également disposer du nom et des coordonnées de leurs gastro-entérologues ou médecins traitants spécialisés en MII afin de faciliter la communication entre les professionnels de la santé. Un résumé de leur bilan médical et une liste de leurs médicaments actuels peuvent également être utiles.

Les patients peuvent emporter une trousse médicale de voyage dans leur bagage à main, contenant notamment du loperamide, des stéroïdes oraux (prescrits par un médecin le cas échéant), une solution de réhydratation orale (SRO), des antibiotiques oraux (pour la diarrhée du voyageur), une carte d'accès aux toilettes (carte *Can't Wait*).¹⁰ Une telle carte mentionne que le détenteur est atteint d'une affection requérant un accès urgent aux toilettes. Elle peut être présentée dans les magasins et les lieux publics et est disponible en plusieurs langues.¹⁰

Dans le cadre des préparatifs de voyage, il est utile d'élaborer un plan d'action écrit en collaboration avec votre patient (**Tableau 1**). Ce document doit conseiller les patients sur la façon de reconnaître et de gérer les symptômes et doit leur être facilement accessible, idéalement sous forme de copie électronique. Le plan d'action

peut comprendre un système de triage qui déclenche les réactions appropriées, comme une évaluation médicale immédiate en cas de douleurs abdominales graves et de fièvres.

Assurance voyage

Une assurance voyage adéquate est essentielle, même pour les voyages de courte durée. L'assurance voyage doit couvrir l'évacuation médicale et le rapatriement en cas de décès. Toutefois, des enquêtes menées auparavant au Royaume-Uni ont indiqué que peu de personnes atteintes d'une MII souscrivaient à une assurance voyage.³ Près de la moitié des patients voyagent sans couverture et ce type d'assurance est refusé à 7 % d'entre eux.⁴ Les affections préexistantes telles que les MII peuvent avoir une incidence sur l'assurance maladie, tant sur les primes que sur la couverture.¹¹ Selon une enquête internationale menée auprès de patients atteints d'une MII, plus de 70 % d'entre eux payaient des primes d'assurance.⁵ Les patients doivent examiner attentivement leur police d'assurance et contacter leur assureur pour clarifier les répercussions de leur MII sur leur couverture avant de voyager, de préférence en obtenant un accord ou une explication par écrit afin d'éviter tout problème ultérieur de remboursement. Les patients

devraient toujours avoir à portée de main les coordonnées de leurs compagnies d'assurance.

Vaccination des voyageurs

Les discussions sur la vaccination avant le voyage doivent porter sur les vaccins du calendrier vaccinal habituel des adultes en bonne santé (qui ne prévoient pas de voyager) et sur les vaccins spécifiques aux projets de voyage et à la destination des patients. De plus, les patients atteints d'une MII doivent penser au traitement immunosuppresseur, qui exclut l'administration de vaccins vivants. Ce sont notamment les patients qui prennent de la prednisone à une dose de 20 mg/jour ou plus pendant au moins deux semaines, des immunomodulateurs, un traitement biologique et des petites molécules.⁸

Calendrier vaccinal habituel

La grippe est couramment contractée au cours d'un voyage. Dans les climats tempérés, le pic de la saison grippale se situe généralement en automne et en hiver. Les voyageurs ne doivent pas oublier que ces saisons se passent à des périodes différentes dans l'hémisphère nord et dans l'hémisphère sud. Par contre, la grippe peut circuler tout au long de l'année sous les climats tropicaux.¹² Les programmes de vaccination antigrippale sont efficaces et les patients sont encouragés à se faire vacciner tous les ans. De plus, la pratique d'une bonne hygiène des mains et de protocoles respiratoires peut contribuer à réduire le risque d'infection grippale.

Les voyageurs qui doivent recevoir le vaccin contre la COVID-19 doivent veiller à être complètement vaccinés au moins deux semaines avant leur voyage.¹³ La vaccination contre le pneumocoque (vaccin pneumococcique conjugué 20-valent) est recommandée pour les personnes de plus de 65 ans, ainsi que pour les patients de tous âges qui reçoivent un traitement immunosuppresseur.¹³

Le vaccin contre l'hépatite B doit être proposé aux personnes qui ne sont pas encore vaccinées, surtout lorsque leur destination est une zone endémique. Si nécessaire, il peut être administré en association avec le vaccin contre l'hépatite A.¹³

La rougeole, les oreillons et la rubéole représentent un risque permanent dans de nombreux pays. Les voyageurs qui n'ont pas reçu deux doses du vaccin RRO (rougeole, rubéole et

oreillons), ou chez qui une infection par la rougeole ou une immunité contre la rougeole n'a pas été confirmée en laboratoire doivent recevoir le vaccin RRO, sauf contre-indication. Les exigences de vaccination dépendent de la date de naissance du voyageur (tous les détails sont disponibles sur le site Web Immunisation des voyageurs : Guide canadien d'immunisation).¹³ De même, la vaccination contre la varicelle est recommandée pour les voyageurs prédisposés. Toutefois, le RRO et le vaccin contre la varicelle sont des vaccins **vivants atténués** et sont donc **contre-indiqués** chez les patients recevant un traitement immunosuppresseur, ce qui rend une évaluation minutieuse essentielle pour la population atteinte d'une MII.

Une dose de rappel contre le tétanos, la diphtérie à dose réduite et la coqueluche acellulaire à dose réduite (Tdap) est recommandée chez les personnes qui n'ont pas reçu le vaccin à l'âge adulte afin de prévenir la coqueluche. Selon leur statut vaccinal antérieur, les voyageurs doivent également recevoir une primo-vaccination ou une dose de rappel des vaccins contre le tétanos et la diphtérie.

En ce qui concerne la poliomyélite, le vaccin inactivé contre cette infection est recommandé chez les adultes incomplètement ou non vaccinés, surtout si leur destination est une zone où le poliovirus circule ou s'ils sont exposés à un risque élevé, comme le personnel militaire.¹³

Vaccins spécifiques au voyage

Ces vaccins dépendent de la destination du voyageur, de son itinéraire et des exigences légales ou de visa du pays de destination. Ils peuvent comprendre des doses de rappel des vaccins administrés habituellement pendant l'enfance, tels que les vaccins contre le méningocoque et la poliomyélite. Une dose de rappel unique du vaccin inactivé contre la poliomyélite est recommandée aux voyageurs qui ont déjà été vaccinés contre l'infection et dont la destination est une zone où la poliomyélite circule ou qui sont exposés à un risque élevé, comme le personnel militaire.

La vaccination contre le méningocoque est importante pour les voyages dans les régions où le risque est accru. Ce sont notamment l'Afrique subsaharienne, où les épidémies sont fréquentes, et l'Arabie saoudite, où une preuve de la vaccination est exigée à l'entrée pour les pèlerins et les travailleurs saisonniers, entre autres.

L'entrée en Arabie saoudite exige l'administration d'une dose du vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque (Men-C-ACYW), ainsi qu'une preuve valide de la vaccination.¹⁴ Sinon, la décision d'administrer le vaccin Men-C-ACYW ou un vaccin méningococcique multicomposant dépend du risque d'infection à méningocoque dans la zone de destination.

Le vaccin contre la fièvre jaune est un vaccin **vivant**. Il est recommandé pour la protection personnelle contre l'infection lors de voyages dans des zones endémiques, selon une évaluation individuelle des risques. De plus, en vertu du Règlement sanitaire international, la preuve de la vaccination contre la fièvre jaune est exigée pour l'entrée dans plusieurs pays. La liste de ces pays est mise à jour annuellement et est disponible sur le site Web de l'OMS « Voyages internationaux et santé ». Le Certificat international de vaccination ou de prophylaxie est le document qui doit être utilisé comme preuve de la vaccination contre la fièvre jaune. Les personnes présentant une contre-indication médicale à la vaccination contre la fièvre jaune, telles que les patients atteints d'une MII qui reçoivent un traitement immunosuppresseur peuvent obtenir un certificat international de contre-indication médicale à la vaccination auprès des centres de vaccination contre la fièvre jaune désignés.¹³ Les voyageurs doivent discuter de la nécessité du vaccin avec un spécialiste de la médecine des voyages et obtenir un certificat de vaccination ou d'exemption valable avant le voyage. Sans documents valables, les voyageurs pourraient se voir refuser l'entrée dans un pays, être placés en quarantaine ou faire l'objet d'autres restrictions.¹³ Les spécialistes de la médecine des voyages doivent être pleinement informés des antécédents du patient et des médicaments pertinents, car l'administration inappropriée du vaccin contre la fièvre jaune a été signalée dans 27 % des cas.¹⁵

D'autres vaccins pourraient être recommandés, selon l'itinéraire du voyageur, notamment le vaccin contre l'encéphalite japonaise. Comme pour la vaccination contre la fièvre jaune, il est essentiel de consulter un spécialiste de la médecine des voyages pour déterminer les vaccins recommandés et évaluer toute contre-indication éventuelle en fonction de l'état de santé de la personne.

Médicaments et fournitures pour stomies

Il est recommandé aux voyageurs atteints d'une MII de discuter de leurs projets de voyage avec leur médecin spécialisé en MII afin d'assurer la continuité des soins pendant le voyage. Leur bagage à main doit contenir une réserve de leurs médicaments suffisante pour toute la durée du voyage afin qu'ils puissent en disposer à tout moment et éviter toute perte ou tout dommage. Une lettre dactylographiée et signée d'un médecin spécialisé en MII est utile pour expliquer au personnel des douanes ou de la sécurité le type de leurs médicaments et la nécessité d'en disposer.

Les exigences de stockage des médicaments varient en fonction des traitements spécifiques utilisés par le voyageur. Certains médicaments requièrent une régulation stricte de la température et l'utilisation de sacs réfrigérants peut être nécessaire pour maintenir une température stable pendant le voyage (**Tableau 2**). Une discussion avec le pharmacien ou le médecin spécialisé en MII, ou encore le programme de soutien aux patients est essentielle à cet égard.

Les voyageurs recevant des perfusions intraveineuses doivent adapter à l'avance le calendrier des perfusions afin d'éviter de manquer ou de retarder les traitements pendant la période de voyage.

Des préparations similaires sont conseillées aux patients porteurs de stomies. Les patients doivent emporter une quantité suffisante de matériel pour stomie, de préférence dans leur bagage à main. Étant donné que les objets tels que des ciseaux sont interdits dans les bagages à main, il est conseillé aux patients de découper préalablement les poches et les collerettes de stomie avant le voyage. Les fournisseurs de soins de santé peuvent fournir un document écrit expliquant la présence d'une stomie et le besoin de fournitures supplémentaires, ce qui peut s'avérer utile dans le cadre des protocoles de sécurité.

Précautions à prendre pendant et après le voyage

Diarrhée du voyageur

La diarrhée du voyageur (DV) est l'une des affections les plus courantes associées aux voyages et elle touche environ 30 à 70 % des voyageurs en fonction de facteurs tels que la destination et la saison.¹⁶ La majorité des cas de DV (75 à 90 %) sont causés par des pathogènes

Médicaments	Température	Stabilité	Précautions
Adalimumab (Humira®, Hyrimoz®, Abrilada®, Amgevita®, Hudio®, Idacio Hadlima®, Simlandi®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (25 °C) jusqu'à : • 14 jours : Humira®, Amgevita®, Hadlima®, Hyrimoz®, Hudio®, Simlandi® • 28 jours : Idacio® • 30 jours : Abrilada® Yuflyma®	NE PAS CONGELER.
Golimumab (Simponi®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (25 °C) jusqu'à 30 jours	NE PAS CONGELER.
Ustékinumab (Stelara®, Steqeyma®, Wezlana®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (30 °C) jusqu'à 30 jours	NE PAS CONGELER.
Védolizumab (Entvyio®, injection sous-cutanée uniquement)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (25 °C) jusqu'à 7 jours	NE PAS CONGELER.
Infliximab (Remsima®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (25 °C) jusqu'à 28 jours	NE PAS CONGELER.
Risankizumab (Skyrizi®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (25 °C) jusqu'à 24 heures	NE PAS CONGELER.
Mirikizumab (Omvoh®)	Conserver au réfrigérateur entre 2 et 8 °C, à l'abri de la lumière	Peut être conservé à température ambiante (30 °C) jusqu'à 14 jours	NE PAS CONGELER.

Tableau 2. Exigences de stockage des médicaments administrés par voie sous-cutanée couramment utilisés; avec l'aimable autorisation du Catherine Rowan, MB BCh BAO, M.D., MRCPI.

bactériens, tandis que les pathogènes viraux représentent 10 à 25 % des infections. Les bactéries responsables les plus courantes sont *Escherichia coli*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella* et *Salmonella*. La DV est généralement liée à l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés¹⁷. Les facteurs de risque de la DV sont notamment :

- a. Mauvaises pratiques d'hygiène dans les restaurants
- b. Absence d'infrastructures d'assainissement
- c. Absence d'installations de lavage des mains
- d. Manque d'eau potable
- e. Installations de stockage des aliments peu fiables ou peu sûres

Pour réduire le risque de DV, les voyageurs doivent prendre les précautions suivantes :

- a. Manger des aliments bien cuits et servis chauds.
- b. Pratiquer une hygiène des mains rigoureuse.
- c. Ne boire que de l'eau potable (bouillie, désinfectée ou provenant d'un récipient scellé acheté dans le commerce), y compris pour le brossage des dents.
- d. Éviter l'eau du robinet, ainsi que les glaçons ou les boissons préparées avec de l'eau du robinet.
- e. Éviter toute nourriture à haut risque, telle que les aliments crus ou non pasteurisés, la mayonnaise, les salades, les aliments laissés à l'extérieur pendant de longues périodes.

La DV disparaît généralement en quelques jours et les cas bénins peuvent souvent être pris en charge avec un traitement standard autoadministré.

Le traitement autoadministré recommandé comprend :

- a. **Solutions de réhydratation orale (SRO) :** elles ne doivent être préparées qu'avec de l'eau potable (bouillie, désinfectée ou provenant de récipients scellés achetés dans le commerce) et des sels de réhydratation orale préemballés. Bien que les SRO soient généralement disponibles en pharmacie dans la plupart des pays à revenu faible ou moyen, il est conseillé de les acheter avant le voyage.
- b. **Agents antimotilité :** le lopéramide peut être utilisé pour maîtriser les symptômes, mais doit être évité en cas de diarrhée sanglante ou de fièvre.

De courtes cures d'antibiotiques peuvent être utilisées judicieusement pour traiter la DV modérée ou grave, et l'automédication par des antibiotiques devrait être proposée aux patients atteints d'une MII.⁸ Les antibiotiques couramment utilisés sont l'azithromycine, les fluoroquinolones et le métronidazole. Toutefois, les voyageurs atteints d'une MII qui présentent une diarrhée sanglante, de la fièvre ou des douleurs abdominales intenses doivent consulter immédiatement un médecin.

Thrombose

Il existe un lien modeste, mais dépendant de la dose entre le voyage et la thrombo-embolie veineuse (TEV),¹⁸ et le risque de TEV augmente d'environ 18 % par deux heures supplémentaires de voyage.¹⁹ Le risque de thrombose lié au voyage est plus élevé chez les voyageurs présentant des facteurs de risque préexistants. Il n'existe actuellement aucune ligne directrice spécifique concernant la prophylaxie de la TEV chez les patients atteints d'une MII qui voyagent. Toutefois, selon les lignes directrices existantes, le maintien de la mobilité pendant les voyages représente une prophylaxie efficace de la TEV. L'utilisation de bas de compression progressive est recommandée pour les personnes exposées à un risque élevé de TEV. La prophylaxie pharmacologique n'est pas universellement recommandée et doit être envisagée en fonction du profil de risque de chaque personne. Pour ces cas, l'anticoagulation est préférable aux antiplaquettaires.²⁰

Tuberculose

La tuberculose (TB) est endémique dans une grande partie du monde et demeure un problème de santé mondial majeur.²¹ Le dépistage et le traitement de l'infection tuberculeuse latente (ITL) avant l'instauration d'un traitement biologique font partie de la pratique courante.⁸ L'évaluation du risque de TB doit commencer avant le voyage, compte tenu de la destination et des activités envisagées. Les personnes présentant un risque élevé d'exposition ou d'infection devraient faire l'objet d'un dépistage de l'ITL, si cela n'a pas déjà été fait. Lorsqu'une exposition prolongée à des personnes atteintes de TB est prévue au cours d'un voyage, des stratégies de réduction des risques, telles que l'utilisation d'équipements de protection individuelle, doivent être mises en œuvre.²²

Malheureusement, des cas de primo-infection tuberculeuse présumée ont été signalés chez des patients atteints d'une MII après un voyage dans une zone de TB endémique.²³ Des préoccupations similaires ont été rencontrées dans d'autres cohortes de patients traités par des agents anti-facteur de nécrose tumorale.²⁴ Le voyageur de retour doit être évalué pour déceler des signes de tuberculose active et être orienté vers un spécialiste en cas de suspicion d'infection active. Chez les patients asymptomatiques potentiellement exposés à la TB, le dépistage de l'ITL à l'aide d'un test de libération de l'interféron gamma ou d'un test cutané à la tuberculine doit être effectué dans un délai de 8 à 10 semaines après l'exposition.²² Il est raisonnable d'envisager un dépistage annuel de la TB chez les patients traités par des immunosuppresseurs qui voyagent ou travaillent dans des zones où la TB est endémique.⁸

Discussion

Les voyages sont essentiels à la vie de nombreux patients atteints d'une MII. Il s'avère que les conseils avant le voyage améliorent les résultats pour les patients atteints de maladies chroniques. Malheureusement, les conseils préalables aux voyages comportent encore de nombreuses lacunes pour les patients atteints d'une MII. Les données issues d'enquêtes montrent que 63 % des patients ignorent que les vaccins vivants sont contre-indiqués en cas de traitements immunosuppresseurs.⁴ En effet, la plupart des gastro-entérologues ne savent pas trop quels vaccins sont appropriés dans une situation donnée. Par exemple, 50 à 70 % des

Ressources en matière de conseils de voyage
Association internationale pour l'assistance médicale aux voyageurs (https://www.iamat.org)
Ambassades et consulats au Canada (https://voyage.gc.ca/assistance/ambassades-consulats)
Gouvernement du Canada. Voyage et tourisme (https://travel.gc.ca/)
IBD Passport (https://www.ibdpassport.com)
Crohn et colite Canada (https://crohnetcolite.ca/A-propos-de-ces-maladies/Parcours-de-la-MII/Voyage-et-style-de-vie/Cequilfautapporter)
Crohn's and Colitis Foundation (https://www.crohnscolitisfoundation.org/what-is-ibd/traveling-with-ibd)
WHO International Travel and Health (https://www.who.int/health-topics/travel-and-health)
Travel Health Pro (https://travelhealthpro.org.uk/countries)
Ileostomy & Internal Pouch Association (https://iasupport.org/wp-content/uploads/2020/11/TravelTips.pdf)

Encadré 1. Ressources en matière de conseils de voyage; avec l'aimable autorisation du Catherine Rowan, MB BCh BAO, M.D., MRCPI.

gastro-entérologues ignoraient que les vaccins oraux contre la typhoïde, la fièvre jaune et la tuberculose (bacille de Calmette-Guérin ou BCG) étaient contre-indiqués chez les patients recevant un traitement immunosuppresseur.⁹ Les infirmières et les médecins spécialisés en MII restent la principale source de conseils de voyage pour les patients, suivis par les omnipraticiens.⁵ Ces résultats soulignent que la formation des médecins et l'éducation des patients sont impératives pour garantir des voyages sûrs et agréables aux patients atteints d'une MII.

Les équipes spécialisées en MII doivent encourager les patients à discuter de leurs projets de voyage longtemps à l'avance afin de disposer d'un temps suffisant pour la préparation et l'administration appropriées des vaccins. Plusieurs ressources sont disponibles pour aider les patients et les professionnels de la santé, notamment des fondations en faveur des patients et des conseils aux voyageurs émis par les gouvernements. Toutefois, de nombreux patients ignorent encore l'existence de services de voyage tels que la carte d'accès aux toilettes (*Can't Wait*) ou le site *IBD Passport*, qui peuvent être facilement obtenus lors d'une consultation avant le voyage.⁴ L'**encadré 1** présente des ressources utiles sur les voyages, couvrant des sujets tels que les services de santé locaux, les vaccinations et les précautions de base à prendre lors d'un voyage.

Les vaccinations courantes font partie de la consultation préalable au voyage du patient. Toutefois, la vaccination peut être compromise lorsque la responsabilité du vaccin n'est pas claire ou est divisée entre les omnipraticiens et les

équipes de gastro-entérologie, ce qui souligne l'importance primordiale d'une définition précise des rôles. De plus, une communication efficace entre les équipes spécialisées en MII et les cliniques de voyage est cruciale pour garantir que les patients, en particulier ceux qui prennent un traitement immunosuppresseur, reçoivent des vaccins et des conseils sûrs et complets pour les voyages.

De nombreux obstacles liés aux voyages peuvent être surmontés grâce à des conseils et à une préparation de base avant le départ. Les médecins et les infirmières spécialisés en MII peuvent fournir aux patients des renseignements et un plan d'action pour faire face à des situations courantes telles que les voyages avec des médicaments, l'accès aux soins de santé et l'autotraitement de la DV. Une approche structurée et collaborative des conseils de voyage peut faciliter des déplacements sûrs et agréables pour nos patients atteints d'une MII.

Coordonnées

Catherine Rowan, MB BCh BAO, M.D., MRCPI
Courriel : catherinerowan@beaumont.ie

Divulgence de renseignements financiers

C.R. : Formation de conférencière : Takeda;
soutien à la participation à la conférence, a participé au programme : AbbVie, Janssen;
honoraires pour publication interne : Samsung

Références

- World Tourism Organization. International Tourism Highlights, 2024 Edition. UN Tourism Madrid; [updated 2024 November, cited 25 June 2025]. Available from: <https://www.e-unwto.org/doi/10.18111/9789284425808>.
- Stienlauf S, Streltsin B, Meltzer E, Kopel E, Leshem E, Segal G, et al. Chronic illnesses in travelers to developing countries. *Travel Med Infect Dis.* 2014;12(6 Pt B):757-763. doi:10.1016/j.tmaid.2014.10.004
- Greveson K, Shepherd T, Mulligan JP, Hamilton M, Woodward S, Norton C, et al. Travel health and pretravel preparation in the patient with inflammatory bowel disease. *Frontline Gastroenterol.* 2016;7(1):60-65. doi:10.1136/flgastro-2014-100548
- Philip V, Soubieries A, Poullis A. Health concerns associated with travelling with inflammatory bowel disease (IBD): a questionnaire survey. *Clin Med (Lond).* 2018;18(4):288-292. doi:10.7861/clinmedicine.18-4-288
- Aluzaita K, Greveson K, Ben-Horin S, Leong R, Haj O, Schultz M. Barriers to international travel in inflammatory bowel disease patients. *J Travel Med.* 2021;28(1):taaa197. doi:10.1093/jtm/taaa197
- Ben-Horin S, Bujanover Y, Goldstein S, Nadler M, Lang A, Kopylov U, et al. Travel-associated health risks for patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10(2):160-165. doi:10.1016/j.cgh.2011.10.025
- Park J, Yoon H, Shin CM, Park YS, Kim N, Lee DH. Clinical factors to predict flare-up in patients with inflammatory bowel disease during international air travel: a prospective study. *PLoS One.* 2022;17(1):e0262571. doi:10.1371/journal.pone.0262571
- Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, Verstockt B, Abreu C, et al. ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease. *J Crohn's Colitis.* 2021;15(6):879-913. doi:10.1093/ecco-jcc/jjab052
- Chan W, Shim HH, Ng SC, Liu J, Inglis C, Greveson K, et al. A global survey of gastroenterologists' travel advice to patients with inflammatory bowel disease on immunosuppressive agents and management of those visiting tuberculosis-endemic areas. *J Crohn's Colitis.* 2018;12(11):1261-1269. doi:10.1093/ecco-jcc/jjy110
- Mushtaq A. Supporting travel in patients with inflammatory bowel disease. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology.* 2019;4(7):499-500. doi:10.1016/S2468-1253(19)30154-2
- Russel MG, Ryan BM, Dagnelie PC, de Rooij M, Sijbrandij J, Feleus A, et al. Insurance problems among inflammatory bowel disease patients: results of a Dutch population based study. *Gut.* 2003;52(3):358-362. doi:10.1136/gut.52.3.358
- Kakoullis L, Steffen R, Osterhaus A, Goeijenbier M, Rao SR, Koiso S, et al. Influenza: seasonality and travel-related considerations. *J Travel Med.* 2023;30(5):taad102. doi:10.1093/jtm/taad102
- Public Health Agency of Canada. Immunization of travellers: Canadian Immunization Guide. Ottawa: Government of Canada 2025. [updated 29 May 2025, cited 25 June 2025]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations/page-9-immunization-travellers.html>.
- Freedman DO, Chen LH, Kozarsky PE. Medical Considerations before International Travel. *N Engl J Med.* 2016;375(3):247-260. doi:10.1056/NEJMra1508815
- Soonawala D, van Eggermond AM, Fidler H, Visser LG. Pretravel preparation and travel-related morbidity in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2012;18(11):2079-2085. doi:10.1002/ibd.22903
- Connor BA, Leung DT. CDC Yellow Book: Health Information for International Travel. In: CDC Yellow Book 2026. [updated 23 April 2025, accessed 25 June 2025]. Available from: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/preparing-international-travelers/travelers-diarrhea.html>.
- Mala W, Kotepui KU, Masangkay FR, Wangdi K, Wilairatana P, Kotepui M. Evidence of pathogens associated with travelers' diarrhea in Thailand: a systematic review. *Trop Dis Travel Med Vaccines.* 2025;11(1):8. doi:10.1186/s40794-024-00243-y
- McKerrow Johnson I, Shatzel J, Olson S, Kohl T, Hamilton A, DeLoughery TG. Travel-associated venous thromboembolism. *Wilderness Environ Med.* 2022;33(2):169-178. doi:10.1016/j.wem.2022.02.004
- Chandra D, Parisini E, Mozaffarian D. Meta-analysis: travel and risk for venous thromboembolism. *Ann Intern Med.* 2009;151(3):180-190. doi:10.7326/0003-4819-151-3-200908040-00129
- Watson HG, Baglin TP. Guidelines on travel-related venous thrombosis. *Br J Haematol.* 2011;152(1):31-34. doi:10.1111/j.1365-2141.2010.08408.x
- World Health Organisation. Global tuberculosis report 2021. World Health Organization 2021. [updated 14 October 2021, cited 25 June 2025]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021#:~:text=Each%20year%2C%20the%20WHO%20Global%20TB%20Report%20provides,context%20of%20global%20TB%20commitments%2C%20strategies%20and%20targets>.
- Fehily SR, Al-Ani AH, Abdelmalak J, Rentch C, Zhang E, Denholm JT, et al. Review article: latent tuberculosis in patients with inflammatory bowel diseases receiving immunosuppression—risks, screening, diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022;56(1):6-27. doi:10.1111/apt.16952
- Hofland R, Verhagen M, Huisman R, Bossink A. Sa1227 Should screening for latent tuberculosis infection be repeated after travel to tuberculosis endemic areas in patients treated with TNF-alpha inhibitor therapy? *Gastroenterology.* 2012;142(5):S-249. doi:10.1016/S0016-5085(12)60934-2
- Cantini F, Nannini C, Niccoli L, Iannone F, Delogu G, Garlaschi G, et al. Guidance for the management of patients with latent tuberculosis infection requiring biologic therapy in rheumatology and dermatology clinical practice. *Autoimmun Rev.* 2015;14(6):503-509. doi:10.1016/j.autrev.2015.01.011