

Prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques durant la pandémie Covid19

A. Mammeri, M. Ammi, A. Tebaibia

Service de médecine interne. EPH ELBIAR Alger ; Faculté de médecine, Université Alger1
Adresse mail: amel.mammeri@yahoo.fr

INTRODUCTION

Depuis son apparition initiale à Wuhan, en Chine, la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) causée par le virus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) est rapidement devenue, en quelques mois, une pandémie en touchant des millions de vies et entraînant un nombre important de décès à travers beaucoup de pays ⁽¹⁾.

Les conséquences cliniques de cette infection représentent une préoccupation majeure pour les médecins et notamment les spécialistes, car une infection grave est une cause bien connue de morbi-mortalité dans un certain nombre de maladies chroniques et notamment les rhumatismes inflammatoires et les maladies auto-immunes. Ces personnes seraient particulièrement vulnérables à l'infection et plus susceptibles de développer des complications graves (terrain immunodéprimé, lymphopénie, traitement immunosuppresseur...).

À l'état actuel des connaissances et à travers notre revue de la littérature incluant les recommandations émises par l'ACR (american college of rheumatology) ⁽²⁾ et l'EULAR (european league against rheumatism) ⁽³⁾, il nous semble opportun de répondre aux interrogations de nos médecins et de nos patients concernant le risque et la prévention de la COVID-19 ainsi que la sécurité entourant l'administration des traitements anti inflammatoires. A travers cette mise au point, nous essayons de répondre à 5 questions en prenant le risque que les données d'aujourd'hui soient contredites dans un avenir proche.

1/ Quelles règles générales préconiser pour nos patients ?

Il n'y a actuellement aucune preuve identifiant les facteurs de mauvais pronostic de la COVID-19 spécifiques aux maladies inflammatoires chroniques (MIC) ; cependant l'âge au-delà de 65ans et certaines co-morbidités (hypertension artérielle, diabète, obésité, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, cancer...) semblent aggraver la situation ⁽²⁻⁴⁾. Ces patients doivent être conseillés sur les mesures préventives générales, comme la distanciation sociale et l'hygiène des mains. Au-delà de ces mesures, les rencontres entre patients et personnel soignant devraient être réduites de manière « raisonnable » pour diminuer le risque d'une exposition virale potentielle. Pour cela, certaines mesures peuvent être proposées comme par exemple la téléconsultation et la diminution de la fréquence des examens morphologiques et biologiques. Certaines situations justifient tout de même une consultation sans délai, comme la suspicion d'un nouveau patient porteur de maladie inflammatoire en poussée (polyarthrite rhumatoïde, connectivite, vascularite, colite inflammatoire...). Enfin, les corticoïdes doivent être utilisés à la dose la plus faible possible et ne doivent jamais être arrêtés brusquement, indépendamment de l'exposition virale et du statut infectieux ⁽²⁻³⁾. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ou les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II), si indiqués (maladie cardiovasculaire sous-jacente ou atteinte glomérulaire), peuvent être initiés et poursuivis à pleine dose en suivant les schémas thérapeutiques habituels ^(6,7).

2/ Comment traiter des patients « stables » en l'absence d'infection ou d'exposition au SARS-CoV-2 ?

Les traitements de fond des MIC tels les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la sulfasalazine, l'hydroxychloroquine, le méthotrexate, le léflunomide, les agents immunosuppresseurs, les Janus Kinase inhibitors (JAK i) et la biothérapie peuvent être poursuivis. En cas d'atteinte d'un organe vital, la posologie des immunosuppresseurs ne doit pas être réduite. Au cours de la maladie lupique nouvellement diagnostiquée, l'hydroxychloroquine doit être initiée et poursuivie à pleine dose, de même chez les femmes enceintes atteintes de lupus, l'hydroxychloroquine doit être poursuivie à la même dose. Aucune étude n'a pu prouver que les patients lupiques sous hydroxychloroquine étaient protégés et faisaient moins d'infection COVID 19 que les autres; ils obéissent par conséquent aux mêmes règles diagnostiques et thérapeutiques. ⁽²⁻⁵⁾.

3/ Comment traiter une maladie inflammatoire nouvellement diagnostiquée ou en poussée, en l'absence d'infection ou d'exposition au SARS-CoV-2 ?

Les molécules sDMARDs (synthetic disease modifying anti-rheumatic drug) sont toujours prescrites en première intention chez les patients présentant une arthrite inflammatoire active ou nouvellement diagnostiquée, les corticoïdes à faibles doses peuvent être rajoutés en cas de besoin.

Si la maladie inflammatoire n'est pas bien contrôlée, le passage à une autre molécule sDMARDs doit être envisagé. Dans ce contexte épidémiologique, les corticoïdes à fortes doses et les immunosuppresseurs ne sont prescrits que chez les patients atteints d'une maladie inflammatoire avec atteinte d'un organe vital (par exemple, une néphropathie lupique).

Cependant, si l'activité de la maladie reste modérée ou élevée malgré un traitement conventionnel optimal, une biothérapie peut être mise en route ⁽²⁻⁵⁾.

4/ Comment traiter des patients stables après une exposition au SARS-CoV-2, sans symptômes liés à la COVID-19 ?

En l'absence de symptômes liés à la Covid-19, les AINS, la sulfasalazine et l'hydroxychloroquine peuvent être poursuivis chez ces malades tandis que les immunosuppresseurs et les produits biologiques (sauf les inhibiteurs de l'IL-6 pour certains experts) doivent être arrêtés temporairement en attendant un résultat de test négatif pour le SARS-CoV-2 ou après 2 semaines d'observation clinique sans symptômes. Les experts ont exprimé leur incertitude concernant l'arrêt temporaire du méthotrexate et de le léflunomide dans cette situation ⁽²⁻⁵⁾.

5/ Comment traiter une maladie inflammatoire chronique dans le contexte d'une infection COVID-19 symptomatique ?

Quelle que soit la gravité des symptômes liés à la COVID-19, l'hydroxychloroquine peut être poursuivie, tandis que la sulfasalazine, les immunosuppresseurs et la biothérapie (sauf les inhibiteurs de l'IL-6 pour certains experts) doivent être arrêtés. Pour les patients présentant des symptômes respiratoires sévères, les AINS doivent être arrêtés tandis que leur arrêt en l'absence de symptômes graves n'est pas consensuel ⁽²⁻⁵⁾.

CONCLUSION

La pandémie Covid 19 implique une réorganisation des soins dans les unités dédiées à la prise en charge des MIC pour limiter les déplacements des patients vulnérables en favorisant la téléconsultation, l'espace des contrôles biologiques et l'administration sous-cutanée des traitements si possible. La principale crainte des médecins en charge de ces patients vient du risque d'une gravité potentiellement accrue, avec notamment un risque de pneumonie sévère. À l'heure actuelle, nous ne disposons d'aucune donnée scientifique en faveur d'un risque incident plus élevé de COVID-19 chez les sujets avec rhumatismes inflammatoires chroniques ou maladies auto-immunes, y compris ceux traités par bio-médicaments et immunosuppresseurs. De ce fait, la poursuite des traitements de fond conventionnels reste recommandée pour maintenir la rémission de ces maladies, et leur arrêt « temporaire » n'est recommandé qu'en cas d'infection avérée au SARS-CoV-2, à l'exception des corticoïdes, de l'hydroxychloroquine qui peuvent être poursuivis.

RÉFÉRENCES

- 1) Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:727-33
- 2) Mikuls TR, Johnson SR, Fraenkel L, Arasaratnam RJ, Baden LR, Bermas BL, et al. American College of Rheumatology guidance for the management of adult patients with rheumatic disease during the COVID-19 pandemic. Arthritis Rheumatol doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.41301>.
- 3) EULAR Guidance for patients COVID-19 outbreak. [En ligne] https://www.eular.org/eular_guidance_for_patients_covid19_outbreak.cfm
- 4) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community. 2020. (Accessed April 15th, 2020, at <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163>)
- 5) Dumusca A et Dan D. rhumatologie et covid-19. Rev Med Suisse 2020 ; 16 : 831-4
- 6) Zhang P, Zhu L, Cai J, et al. Association of Inpatient Use of Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers with Mortality Among Patients With Hypertension Hospitalized With COVID-19. Circ Res 2020
- 7) American Heart Association(AHA). Patients taking ACE-i and ARBs who contract COVID-19 should continue treatment, unless otherwise advised by their physician. 2020. (Accessed April 8th, 2020, at : <https://newsroom.heart.org/news/patients-taking-ace-i-and-arbs-who-contract-covid-19-should-continue-treatment-unless-otherwise-advised-by-their-physician>)
- 8) European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings – Second update. 31 March 2020
- 9) Yang J, Zheng Y, Gou X, et al. Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis 2020

