

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin et COVID-19

D. Tagzout, A. Tebaibia

Service de médecine interne Etablissement Populaire Hospitalier El-Biar, Alger
Faculté de médecine d'Alger, université Alger1, Alger, Algérie
Email : tagzout.d@gmail.com

INTRODUCTION

Le risque d'infection virale par le syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus-2 (SRAS-CoV-2) chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) ne semble pas être augmenté, malgré l'utilisation de thérapies immunosuppressives ou modulatrices du système immunitaire d'une part et le risque augmenté d'exposition au SRAS-CoV-2 dû à la nécessité de se rendre aux établissements hospitaliers pour bénéficier de perfusions ou d'examens endoscopiques d'autre part ⁽¹⁾.

Les patients atteints de MICI devraient être maintenus en rémission afin de réduire le risque de rechute et le besoin d'intensifier le traitement médical ou d'hospitalisation. En effet, ces patients sont plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de leur MICI ou de la maladie liée au Corona virus 19 (COVID-19).

Trois situations cliniques sont à considérer pour gérer le patient atteint de MICI au cours de cette pandémie : patient non infecté par le SRAS-CoV-2, patient infecté par le SRAS-CoV-2 mais sans manifestations de la COVID-19, et le patient atteint de la COVID-19 avec ou sans inflammation intestinale.

1- PATIENT ATTEINT DE MICI ET NON INFECTÉ PAR LE SRAS-COV-2

Les données disponibles et les avis d'experts suggèrent que les patients atteints de MICI ne sont pas à risque surajouté d'infection par SRAS-CoV-2. Par conséquent, la recommandation générale est de continuer les thérapies contre les MICI dans le but de maintenir la rémission : clinique, biologique et endoscopique, et d'éviter les rechutes secondaires aux arrêts thérapeutiques. Les recommandations préventives destinées à la population générale doivent être strictement pratiquées chez les patients atteints de MICI : distanciation sociale, un travail à domicile, port de bavette, s'assurer d'une bonne hygiène des mains...

Le recours à des centres de perfusion est recommandé, à condition que ceux-ci disposent de moyens de dépistage et de la prévention de l'infection par le SRAS-CoV-2, avec un protocole qui comprend : la présélection de patients avec symptômes de la COVID-19, le contrôle de la température à la porte, espacement adéquat entre les chaises (minimum de 2 mètres), masques et gants utilisés par le personnel soignant et fournis aux patients et un nettoyage profond après le départ du patient.

Les changements thérapeutiques des traitements par voie intraveineuse vers les traitements par voie sous cutanée ne sont pas recommandés et une étude a confirmé que le switch de l'infliximab à l'adalimumab a été associé à des rechutes de la MICI ⁽²⁾.

Le passage aux perfusions à domicile peut sembler meilleur pour limiter l'exposition, mais il n'est pas recommandé du fait que le soignant passant de domicile en domicile peut être infecté et servir de vecteur aux autres patients.

2) PATIENT ATTEINT DE MICI ET INFECTÉ PAR LE SRAS-COV-2 MAIS SANS MANIFESTATIONS DE LA COVID-19

La généralisation du dépistage de l'infection par le SRAS-CoV-2 par l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) ou par test sérologique va permettre de tester des patients avant l'examen endoscopique ou avant la chirurgie, même s'ils n'ont pas de symptômes évocateurs de la COVID-19. Par conséquent, le nombre de cas où le patient est infecté par le SRAS-CoV-2 mais complètement asymptomatiques va augmenter.

Chez le patient atteint de MICI présentant une infection par le SRAS-CoV-2 mais asymptomatique, il faut réduire la dose de prednisone (<20 mg / j) ou effectuer une transition vers le budésonide lorsque cela est possible.

Le traitement par les thiopurines, le méthotrexate, et le tofacitinib doit être suspendu temporairement. L'utilisation des thérapies par les anticorps monoclonaux (thérapies anti-TNF, ustekinumab, ou vedolizumab) doit être retardée de 2 semaines en surveillant le développement de la COVID-19 ; le traitement sera redémarré après 2 semaines si le patient n'a pas développé de manifestations de la COVID-19.

3) PATIENT ATTEINT DE MICI PRÉSENTANT UNE ATTEINTE PAR LA COVID-19 AVEC OU SANS INFLAMMATION INTESTINALE

Chez le patient atteint d'une MICI et de la COVID-19, l'ajustement des traitements de la MICI est axé sur la réduction de la suppression immunitaire pendant la répllication virale active. Chez les patients avec un MICI en rémission, les aminosalicyles, le traitement par voie rectale, les mesures diététiques, les antibiotiques et le budésonide peuvent être poursuivis. Les corticostéroïdes par voie systémique doivent être évités et arrêtés rapidement avec un switch vers le Budésonide. Les thiopurines, le méthotrexate et le tofacitinib doivent être interrompus pendant la phase aiguë de l'infection.



Les thérapies anti-TNF et l'ustekinumab doivent également être suspendues pendant la COVID-19 ⁽⁴⁾.

Si le patient présente des symptômes digestifs, en plus du traitement de la COVID 19, il faut exclure les infections entériques connues et confirmer l'inflammation active par des moyens non endoscopiques : Protéine C réactive, calprotectine fécale ou par l'imagerie. Si les résultats suggèrent une rechute de la MICI, le traitement doit être basé sur la gravité de la poussée de MICI.

Les procédures endoscopiques d'urgence sont les seules indiquées pendant la pandémie de la COVID-19. Dans le cas de MICI, l'endoscopie digestive peut être nécessaire pour diagnostiquer une forme grave, exclure le cytomégalovirus, en cas de suspicion de cancer sur MICI ou si une évaluation de l'atteinte muqueuse par voie endoscopique est nécessaire pour changement thérapeutique ou orientation pour traitement chirurgical.

Pour une MICI d'activité légère, un traitement adéquat est à prescrire. Pour les formes d'activité modérée à sévère, les risques et les avantages d'une escalade thérapeutique sont à considérer selon la gravité de la COVID-19.

Si un patient est hospitalisé pour une poussée sévère de MICI et a été diagnostiqué COVID-19, le traitement de la poussée de MICI est prioritaire selon les algorithmes standards de prise en charge. Il est conseillé de limiter la durée de corticothérapie parentérale à 3 jours.

Les tests de cytomégalovirus peuvent être effectués par PCR pour éviter d'avoir recours à la coloscopie. La consultation en chirurgie est conseillée, conformément aux recommandations standards, bien que l'indication d'intervention chirurgicale pendant la pandémie soit réservée à certains patients après échec des alternatives médicamenteuses.

POINTS CLÉS À RETENIR

1. Les patients atteints de MICI ne semblent pas être plus à risque d'infection par le SRAS-CoV-2 ou de développement de la COVID-19.
2. Les patients atteints de MICI non infectés par SRAS-CoV-2 ne devraient pas interrompre leur traitement contre la MICI et devrait poursuivre les programmes de perfusion au niveau des centres appropriés.
3. Les patients atteints de MICI qui sont atteints par le SRAS-CoV-2 mais qui n'ont pas développé la COVID-19 devraient poursuivre le traitement par les thiopurines, le méthotrexate ou le tofacitinib. A noter que les thérapies biologiques devraient être retardées de 2 semaines des symptômes de la COVID-19.
4. Les patients atteints de MICI qui développent la COVID-19 devraient interrompre le traitement par thiopurines, méthotrexate, tofacitinib et le traitement biologique pendant la maladie virale. Ceux-ci peuvent être redémarrés après la disparition complète des symptômes ou la négativation des tests viraux de suivi ou un profil sérologique en faveur de la guérison.
5. La gravité de la COVID-19 et celle de la MICI devraient conduire à une évaluation attentive des risques et des avantages concernant la prise en charge de la COVID-19 et l'escalade thérapeutique pour la MICI.

MOTS CLÉS : Syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus-2 (SRAS-CoV-2), maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), maladie liée au Corona virus 19 (COVID-19).

CONFLITS D'INTÉRÊT : aucun

RÉFÉRENCES

1. IOIBD Update on COVID19 for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. Accessed April 1, 2020.
2. Current Data. Secure-IBD database. Accessed March 30, 2020.
3. Assche GV, Vermeire S, Ballet V, et al. Switch to adalimumab in patients with Crohn's disease controlled by maintenance infliximab: prospective randomized SWITCH trial. Gut 2012; 61:229-234.
4. D. Rubin et al. Management of IBD During the COVID-19 Pandemic, Gastroenterology 2020;:1-8