

RHUMATOLOGIE ET COVID

19



MARS2020
ON FERME ET APRES????

ON GARDE LE CONTACT AVEC LES
PATIENTS MAIS QUEL DISCOURS??

Réponses aux patients qui posent des questions sur le risque que constitue leur traitement face au COVID-19

Version du 20 mars 2020

(Modifications en rouge par rapport à la version précédente)

Malgré l'absence de données dans la littérature, et en raison d'un risque présumé compte-tenu des données disponibles sur les autres infections respiratoires, sont considérés à risque d'infection COVID-19, les personnes avec une immunodépression acquise par traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive selon le Haut Conseil de Santé Publique. **Ces personnes peuvent désormais se connecter directement sur le site <https://declare.ameli.fr> pour demander à être mise en arrêt de travail selon le communiqué de l'Assurance Maladie. Pour certaines catégories professionnelles (notamment la fonction publique hospitalière), le maintien des activités peut toutefois être envisagé.**

En l'absence de signes d'infection COVID-19 :

- **Poursuivez le traitement** de votre rhumatisme inflammatoire chronique (traitements de fond biologiques ou non, corticoïdes)
- L'arrêt de votre traitement risque d'entraîner **une rechute de la maladie** qui vous fragiliserait face à l'infection, **a fortiori alors que nous ne connaissons pas aujourd'hui la durée de la période à risque d'exposition à l'infection COVID-19**
- **L'arrêt brutal des corticoïdes est dangereux, avec notamment un risque d'insuffisance surrénalienne aigue**
- Dans la mesure du possible, remplacez la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) **par du paracétamol** et ne prenez des AINS que si le contrôle des symptômes de votre maladie rhumatologique le nécessite

En présence de signes d'infection COVID-19 : fièvre, toux, essoufflement, douleurs musculaires :

- **Suspendez** le traitement de votre rhumatisme inflammatoire chronique, **SAUF LES CORTICOÏDES et l'hydroxychloroquine**
- **Les AINS doivent également être proscrits**. Des formes sévères d'infection COVID-19 avec pneumonie grave ont été rapportées chez des sujets jeunes ayant consommé des AINS. Nous rappelons que le traitement d'une fièvre mal tolérée ou de douleurs dans le cadre du COVID19 ou de toute autre virose respiratoire repose sur le paracétamol, **sans dépasser la dose de 3 g/jour**
- **Contactez votre médecin ou votre rhumatologue** pour décider de la suite de votre prise en charge. **Vous pourrez notamment discuter avec lui de la possibilité ou non de poursuivre certains des traitements des rhumatismes inflammatoires chroniques dont l'utilisation est actuellement testée dans le traitement de COVID-19**
- Protégez votre entourage (**pas de contact direct, port de masque**)

ET MAINTENANT??????



- Risque plus élevé de contacter le covid ???

Non

- Forme plus sévère ??

Registres cohortes Chine Espagne Italie Allemagne USA

Registre français

Severity of COVID-19 and survival in patients with rheumatic and inflammatory diseases: data from the French RMD COVID-19 cohort of 694 patients
FAI²R /SFR/SNFMI/SOFREMIP/CRI/IMIDIATE consortium and contributors
ANALS OF RHEUMATIC DISEASES

- Attention:

--Comorbidités classiques :sexe masculin, obésité, diabète, âge, hta

--Atteintes viscérales spécifiques (rein cœur poumon etc)

--Corticoïdes a doses élevées sup ou égale a 10 mg

--rituximab cellcept Azathioprine Cyclophosphamide

--pneumopathie préexistante :PR Sclérodemie Vascularites

- Pas de sur risque:

Metho ,anti TNF, anti il6 ,abatacept ,colchicine

ET L'AVENIR PROCHE ???



- LES VACCINS ???

Pour nous oui !!!!!

Pour nos patients immunodéprimés ???

Plutôt vaccins à ARNm

Pas d'arrêt des traitements de fond

Cas particulier du rituximab??

Ne pas repousser la vaccination si la maladie est active

Notion de patients prioritaires!!!!

Tolérance ?? Allergies 3 cas de myélites transverses

Registre Eular covax

Pour ceux qui ont été infectés ???

Délai de 3 mois mais pas de données scientifiques précises

Sérologie pré vaccinale ???? NON

Mémoire lymphocytaire T ???

Protection à long terme ?????

FAI 2 R



Vaccination contre la COVID-19

Plus d'infos sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/vaccins>

● **Début janvier 2021** a débuté la campagne de vaccination contre la COVID-19 avec les vaccins à ARN messagers, apportant un taux très élevé de protection vaccinale.

● **Les personnes actuellement prioritaires** sont les sujets de plus de 75 ans, les personnels de santé de plus de 50 ans ou avec plusieurs comorbidités ou plus jeunes mais avec plusieurs comorbidités, et les patients vulnérables à très haut risque (liste : <https://urlz.fr/eHGr>).

● **Sont prioritaires pour la filière FAI²R, les patients atteints de maladies auto-immunes systémiques rares** (lupus systémique, sclérodémie systémique, sjögren primitif, vascularites, myosites...):

- sous ou qui vont recevoir une **corticothérapie à forte dose de manière prolongée** ($\geq 10\text{mg}$ d'équivalent de prednisonne sur le long cours en modulant l'indication de la vaccination selon les facteurs de risque individuels associés)
- sous ou qui vont recevoir des immunosuppresseurs ou du rituximab

Sont aussi prioritaires :

- Patients avec hypertension artérielle pulmonaire
- Patients avec fibrose pulmonaire associée aux connectivites
- Myosites avec capacité vitale forcée $<$ à 70%

Car considérés par le Ministère comme personnes à très haut risque. (Plus d'informations sur : <https://urlz.fr/eH GK>)

Pour recevoir le vaccin, votre médecin référent doit vous remettre une prescription et vous orienter vers le centre de vaccination dédié aux personnes à très haut risque.

● **Il n'y a pas d'augmentation connue du risque d'effets indésirables de la vaccination chez les patients avec maladies auto-immunes/auto-inflammatoires.** Elle peut même se faire à l'initiation des traitements si votre médecin référent le juge nécessaire.

● **Il n'y a pas lieu à ce jour, de vacciner systématiquement les patients ayant déjà développé une forme symptomatique de COVID-19.** S'il y a des facteurs de risque de formes sévères, la vaccination doit être proposée si le patient le souhaite après discussion avec le médecin. Dans ce cas, il paraît préférable de respecter un délai minimum de 3 mois après le début des symptômes de la COVID-19.

● **Une bonne stratégie pour protéger les patients immunodéprimés est de vacciner l'entourage pour éviter toute contamination malencontreuse** (c'est ce qu'on appelle la vaccination en anneau pour protéger les plus fragiles car aucun vaccin n'est efficace à 100%).

Pour les patients avec maladies auto-immunes/auto-inflammatoires ayant des symptômes qui font penser à la COVID-19 (toux, fièvre, diarrhées, perte d'odorat ou du goût...)

● **Isolez-vous à domicile**

● **Si après 7 jours il n'y a plus de fièvre l'isolement peut être levé.** Dans le cas contraire contactez à nouveau



- ET LES TRAITEMENTS DE LA COVID

Dexamethasone , oxygene ,anticoagulation

Etudes en cours multiples :

Anti Il1 : NON

Anti Il6 : sarilumab non, tocilizumab?

Abatacept

Anti jak ??????

Colchicine ??

Anticorps monoclonaux ??

Plasma de malades guéri ??

PSEUDO POLY ARTHRITE RHUMATOÏDE P.P.R. ARTERITE GIGANTO CELLULAIRE A.G.C.

Sujet de plus de 50 ans

PPR isolée bien plus fréquente

Etiologie inconnue

Maladie auto inflammatoire ??? Ou auto immune

Rôle de il6

* Le diagnostic

Interrogatoire +++++

ceinture scapulaire et nuque +++ parfois unilatéral au début

ceinture pelvienne dans 50 à 80%

la nuit le matin au réveil dérouillage difficultés à s'habiller

Début brutal

Préciser la durée de la raideur matinale

Arthrites ou ténosynovites mains genoux

RS3PE

Rechercher : céphalées douleurs du cuir chevelu de la mâchoire
signes visuels ????

Examen clinique

Pas grand chose Raideur ++ mais sujets âgées

Synovites Ténosynovites ??

A.G.C.

Artérite temporale
Atteinte artère ophtalmique
Arc aortique
Autres artères

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Biologie :vs crp +++ epp cpk nfs plaquettes
bilan phospho calcique

Radios??? Echog ??

Pas de spécificité Bursites ???

Echog doppler des artères temporales ???

IRM

Pour artérite temporale ???

TEP-SCAN

Bilan de vascularite :aortite autres

Formes para neoplasiques ??

Faux négatifs sous corticoïdes ????

Diagnostic différentiel

PR du sujet âgée anti ccp FR
Myopathie inflammatoires
Rhumatismes micro cristallins
Toutes les pathologies de l' épaule
Syndrome para néoplasique
Parkinson

Traitement

Efficacité miraculeuse de la cortisone TEST diagnostic +++
Le problème est celui de la gestion de la cortisone
et d'éviter les effets secondaires

Plutôt la prednisone que la prednisolone 1 prise unique le matin
PPR: 15a 30 mg par jour initial
AGC: 0,5 a 1 mg par kg de poids

Amélioration en 48 h sinon remettre en cause le diagnostic
On diminue rapidement à 10 mg en 2 mois maximum par exemple
par paliers de 5 mg puis par paliers de 1 mg par mois
Prévenir de ne jamais arrêter brutalement qu' il faut environ 1an
de traitement et que avec 1 bonne gestion on arrive a limiter les
effets indésirables

En cas de rechute ou de cortico dépendance

P.P.R. Ou A.G.C.

Le Méthotrexate : quant ??

A quelle dose ??

Surveillance habituelle

Combien de temps ???

Les biologiques:

- Anti TNF études négatives
- Tocilizumab ou ROACTEMRA anti récepteur IL6
AMM pour A.G.C. sous cut de 162 mg par semaine
- Abatacept ou Orencia 1étude +
- Pas AMM dans la P.P.R. études en cours

* GESTION ET SURVEILLANCE DE LA CORTICOTHERAPIE

L'ostéoporose: reco. Du G.R.I.O

Traitement systématique si antécédent de fracture ostéoporotique
Sinon faire D.M.O. Si T-score inf. à 1,5 traitement
Supplémentation systématique en vitamine D
Enquête alimentaire pour le calcium

Le risque infectieux

Vaccination anti grippe et anti pneumocoque
Pour de faibles posologies aussi!!!!!!!

Les problèmes métaboliques

Attention au diabète et à HTA
Prise de poids ???
La myopathie cortisonique ???? Et la dépendance???

Autres

Les décompensations psychiatriques
la cataracte
l atrophie cutanée
etc