

Rhumatismes inflammatoires chroniques et COVID-19

Recommandations nationales



C. HAOUICHAT ⁽¹⁾, F. RAHAL ⁽²⁾, M. DJENNANE ⁽³⁾, T. KHALED ⁽⁴⁾,
B. DAHOU ⁽⁵⁾, A. LADJOUZE ⁽⁶⁾, H. DJOUDI ⁽⁷⁾

1. Secrétaire générale de la SAR Professeur chef de service rhumatologie CHU Douéra.
2. Membre de la LAAR, Professeur CHU Beni Messous.
3. Responsable de la région Centre de la SAR, Professeur chef de service rhumatologie CHU Tizi Ouzou.
4. Responsable de la région Est de la SAR, Rhumatologue libéral Constantine.
5. Trésorier adjoint de la SAR, rhumatologue libéral Blida.
6. Professeur en rhumatologie. Présidente de la LAAR.
7. Professeur en rhumatologie. Présidente de la SAR

Résumé

Les patients souffrant d'un rhumatisme inflammatoire chronique sont vulnérables, ils ont un risque accru de présenter des infections bactériennes et virales, en rapport avec l'inflammation systémique, dysimmunitaire de la maladie chronique et le recours aux diverses thérapeutiques immunosuppressives. Ce risque explique la pratique d'une vaccination périodique préventive adoptée par tous. De ce fait, les patients avec rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) seraient plus susceptibles de contracter la Covid-19 et de présenter des formes sévères. A l'instar des différentes sociétés internationales, les membres des deux Sociétés Algériennes de Rhumatologie (SAR et LAAR) proposent ces recommandations. Elles comportent des mesures générales et préventives, des mesures en rapport avec les différentes situations rencontrées ; gestion des patients sans signe de Covid-19 (SCov-), gestion des cas suspects (SCov+), gestion des cas confirmés (SCov +) et gestion des nouveaux cas diagnostiqués, des recommandations de situations particulières, celles en rapport avec la femme enceinte et les vaccinations.

>>> Mots-clés

Rhumatisme inflammatoire chronique (RIC), comorbidités, Coronavirus, Covid-19, SARS-CoV-2, enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2), cDMARDs traitements de fond chimiques, bDMARDs traitements de fond biologiques.

Introduction

Le Sars-CoV-2 responsable de la pandémie mondiale appartient à la famille des coronavirus. Ils représentent un groupe de virus à enveloppe, qui comportent une membrane constituée d'une bicouche lipidique abritant une capside glycoprotéique renfermant le génome viral. Il existe plusieurs familles de coronavirus humains, faiblement pathogènes (HCoV-229E, HCoVHKU1, HCoV-OC43 et HCoV-NL63), responsables de 10 à 30% de nos infections

Abstract

Patients with chronic inflammatory rheumatism are vulnerable; they have an increased risk of developing bacterial and viral infections, related to systemic inflammation, dysimmune chronic disease and the use of various immunosuppressive therapies. This risk explains the practice of periodic preventive vaccination adopted by all. As a result, patients with chronic inflammatory rheumatism (RIC) would be more likely to contract Covid-19 and present severe forms. Like the various international societies, the members of the two Algerian Rheumatology Societies (SAR and LAAR) offer these recommendations. They include general and preventive measures: measures related to the different situations encountered; management of patients with no sign of Covid-19 (SCov-), management of suspected cases (SCov +), management of confirmed cases (SCov +) and management of newly diagnosed cases, recommendations for specific situations, those related to pregnant women and vaccinations.

>>> Key-words

Chronic inflammatory rheumatism (RIC), comorbidities, Coronavirus, COVID-19, SARS-CoV-2, angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2).

des voies aériennes supérieures : ce sont les agents de nos rhumes hivernaux classiques. Mais cette famille de virus comprend aussi des coronavirus hautement pathogènes : SARS, agent du SRAS, a été à l'origine d'une épidémie apparue en Chine en 2002, responsable de 8.000 contaminations et 800 décès. MERS-CoV, apparu au Moyen Orient (Arabie Saoudite et Qatar), il a provoqué une épidémie qui a causé 1.219 contaminations et 449 décès. Le Sars- CoV-2, agent

de la pandémie, est relativement proche du SARS-CoV2 ; ils partagent 99% d'homologie de la protéine S et possèdent le même site de liaison qui est l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2). L'Algérie a notifié son premier cas confirmé du Covid-19 le 25 février 2020 (ressortissant italien) et depuis la plupart des wilayas n'ont pas été épargnées par l'épidémie. Il est bien établi que les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire traités par immunosuppresseurs sont vulnérables avec un risque accru de présenter des infections bactériennes et virales ^(1,2). Des sociétés savantes ont défini certaines situations cliniques à risque de complications graves résumées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 01 : Personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV2

- Les personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée);
- Les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque;
- Les diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie;
- Les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée;
- Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise; médicamenteuses : sous chimiothérapie immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
- Infection à VIH non contrôlé avec des CD4 <200/mm³
- Greffe d'organe solide ou de cellules souche hématopoïétiques récente,
- Atteint d'hémopathie maligne en cours de traitement ;
- Un cancer métastasé.
- Les femmes enceintes ne montrant pas de sur-risque ni pour la mère ni pour l'enfant ;
- Les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40kg/m² : par analogie avec la grippe A(H1N1)

Les taux de mortalité bruts varient globalement de 5,6 à 15,2% ⁽³⁾, avec un plus grand risque de décès pour les personnes âgées et celles souffrant de comorbidités telles que l'hypertension et le diabète sucré ⁽⁴⁾. Le tabagisme semble augmenter le risque d'effets indésirables dans Covid-19 ⁽⁵⁾.

Rhumatismes inflammatoires chroniques et COVID. Les RIC ont-ils un risque élevé d'infection par le Covid-19 ? Très peu de données sont disponibles concernant le risque d'infection à Covid-19 et le risque de présenter une forme sévère ⁽⁶⁾. Il n'existe actuellement aucune donnée fiable qui ait évalué les risques d'infection par le SRAS-CoV-2 dans les affections inflammatoires de l'appareil locomoteur et l'impact des cytokines pro-inflammatoires induites par Covid-19 sur les maladies rhumatismales et musculo-squelettiques. Certaines études locales suggèrent des taux d'infection plus élevés dans cette population.

L'étude portant sur 1.641 patients italiens présentant la maladie systémique auto-immune a mis en évidence un sur-risque de la de Covid-19 comparée à la population italienne générale et une prévalence plus élevée chez les patients atteints de connectivites (sclérodémie systémique, le lupus systémique,

polymyosite et dermatomyosite, syndrome de Sjögren), que chez les patients atteints d'arthropathie inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique et spondyloarthrite)⁽⁷⁾. Une fréquence plus élevée de Covid-19 a également été mise en évidence chez les sujets ne recevant pas de traitement continu avec l'hydroxychloroquine et le méthotrexate, suggérant un probable rôle protecteur de ces 2 molécules. Des résultats semblables ont été observés dans une autre étude de patients présentant un RIC hospitalisés pour Covid-19 ⁽⁸⁾. D'autres études semblent curieusement indiquer l'absence de sur-risque des RIC à contracter la Covid-19 et ou faire une forme grave par rapport à la population générale, probablement en rapport avec l'application stricte des mesures de prévention. ^(9,10,11). Le registre ALLIANCE mis en place pour recenser et étudier le profil des patients infectés, comporte 110 patients. Les pathologies représentées sont 40 polyarthrites rhumatoïdes (36%), 19 rhumatismes psoriasiques (17%), 19 lupus systémiques (17%), 7 Spondyloarthrites axiales (6%), 5 syndrome de Sjögren, et 37 autres affections diverses (15%), 45% étaient sous biothérapie. Les résultats du registre sont rassurants et conformes à ceux de la population générale infectée par la Covid-19, en termes de signes et de gravité ⁽¹²⁾.

La pandémie de coronavirus 2019 (Covid-19) a considérablement changé la pratique des soins de santé. L'incertitude quant au traitement approprié et optimal des maladies rhumatismales et musculo-squelettiques dans le cadre de l'infection au SRAS-CoV-2 nous a incité à une large concertation pour proposer des recommandations basées sur des données d'articles publiés et des recommandations de différentes sociétés savantes.

American College of Rheumatology (ACR) version 1 ⁽¹³⁾ et version 2 (14), EULAR. ⁽¹⁵⁾, APLAR. (16), Société Française de Rhumatologie (SFR). ⁽¹⁷⁾, British Society of Rheumatology Covid-19 Guidance ⁽¹⁸⁾, Société Marocaine de Rhumatologie (SMR). Les lignes directrices suivantes ont été élaborées par les membres des deux Sociétés Algériennes de Rhumatologie (SAR et LAAR). S'agissant d'un virus nouveau, ces propositions doivent faire l'objet de mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles connaissances apparaissent. ⁽¹⁹⁾,

Recommandations nationales

Recommandations 1 : Mesures générales et préventives

R 1.1: Il est recommandé d'adopter les mesures barrières

- Distanciation sociale
- Port obligatoire de masque
- Hygiène des mains (lavage fréquent avec de l'eau et du savon ou bien utilisation d'une solution hydro- alcoolique...)
- Restreindre au maximum, ou mieux éviter les déplacements.
- Éviter les transports en commun, les rassemblements...

R 1.2 : Il est recommandé de réorganiser les structures de soins et de consultation

- Différer, espacer les visites médicales et les examens de contrôle, source potentielle de contamination.
- Privilégier des alternatives : avis médical par téléphone, téléconsultation, renouvellement de prescription par mail ou par la structure médicale publique ou privée de proximité ou par le pharmacien

- Préconiser, si nécessaire, un confinement dont l'importance sera fonction du degré de stratification du risque. Il peut être total pour les sujets à haut risque.

Recommandations 2 : Gestion des patients sans signe de Covid-19 (SCov-)

R 2.1 : Il est recommandé d'identifier les sujets à risque. Utiliser le scoring établi par la société anglaise de rhumatologie (tableau 2, en annexe) qui permet de sécuriser et de hiérarchiser les patients en faible ou haut risque d'infection.

R 2.2 : Règles générales

Il est recommandé de poursuivre le traitement dans sa totalité ; l'arrêt du traitement augmente le risque de rechute de la maladie qui rend le patient plus vulnérable aux infections bactériennes et virales.

Peuvent être utilisés les,

- Antalgiques : paracétamol sans dépasser la dose de 3 g/j.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : Dans la mesure du possible, les remplacer par du paracétamol. Ne prendre les AINS que si le contrôle des symptômes de la maladie rhumatologique le nécessite (Spondylarthrite axiale).
- Corticostéroïdes : Si possible, réduire progressivement les doses jusqu'à obtenir une dose inférieure à 10 mg/j doses équivalent prednisone dans les formes stables. Tout arrêt brutal des corticoïdes entraîne un risque d'insuffisance surrénalienne aiguë.

- Traitements de fond conventionnels et biologiques (cDMARDs et bDMARDs), les poursuivre quelle que soit la molécule.

R 2.3 : Patients présentant une affection encore active non suffisamment contrôlée

Il est recommandé d'appliquer la stratégie du T2T,

- Utiliser AINS pour une courte durée ou,
- Utiliser une corticothérapie pour juguler la poussée.
- Switcher vers un autre DMARD synthétique, en dehors de léflunomide,
- Utiliser une combo thérapie ou,
- Initier une biothérapie en excluant le rituximab ou,
- Switcher vers un autre bDMARD en évitant le rituximab pour les patients qui étaient déjà sous biothérapie.

R2.4 : Gestion des patients exposés

Rappel de quelques définitions

Contact étroit

Un contact étroit est une personne ayant partagé le même lieu de vie que celui-ci qui a présenté des symptômes.

Exemple : Personne de même famille partageant la même chambre, ou personne ayant eu un contact direct en face à face à moins d'un mètre du cas au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ou voisin de classe et ou de bureau et voisin du cas dans un transport collectif.

Personne co-exposée

Une personne co-exposée est définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition que le cas confirmé,

(séjour, voyage).

Il est recommandé :

- De pratiquer un test systématique de dépistage de la Covid-19 par la RT-PCR
- De maintenir les traitements antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), méthotrexate (MTX), hydroxychloroquine (HCQ), salazopyrine (SSZ) ...
- D'arrêter temporairement les immunosuppresseurs (azathioprine, endoxan...), les bDMARDs sauf anti-IL6 et anti-JAK, jusqu'aux résultats des tests ou après 14 jours sans symptômes en cas d'impossibilité de pratiquer les tests de dépistage.

Recommandations 3 : Gestion des cas suspects (SCov+)

Il est recommandé :

- De pratiquer des tests de dépistage de la Covid-19 par la technique RT-PCR
- De procéder à l'isolement du patient et à préserver la famille,
- D'arrêter les AINS et les remplacer par du paracétamol sans dépasser la dose de 3 g/j,
- De maintenir les corticostéroïdes, quel que soit le cas à doses non immunosuppressives < 10 mg/j équivalent prednisone,
- De suspendre temporairement les cDMARDs sauf l'hydroxychloroquine et la salazopyrine
- De suspendre temporairement les bDMARDs sauf les anti-IL6 et anti-JAK.

Recommandations 4 : Gestion des cas confirmés (Cov+)

- Définition du cas confirmé Il s'agit de toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité avec une fièvre ou une sensation de fièvre, sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer pleinement la symptomatologie et ayant voyagé ou séjourné dans une région dont la transmission est active dans les 14 jours précédant la date de début des signes cliniques ou toute personne présentant une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant l'une des expositions suivantes ; un contact étroit avec un cas confirmé ou probable de Covid-19, pendant que ce dernier était symptomatique ou toute personne ayant travaillé, séjourné dans un service hospitalier de prise en charge des cas d'infection Covid-19.

Il est recommandé :

- D'adresser le patient à un service référent afin de commencer le traitement conformément aux recommandations nationales des experts, mis en place le 23 Mars 2020. (www.sante.gov.dz),
- De limiter l'utilisation des AINS aux spondyloarthrites, les remplacer par le paracétamol ...,
- De maintenir les corticostéroïdes et tenter une réduction progressive jusqu'à des doses non immunosuppressives c'est-à-dire inférieures à (<) 10 mg/j équivalent prednisone,
- De suspendre temporairement les cDMARDs, sauf l'HCQ et SSZ,
- De suspendre les bDMARDs sauf les anti-IL6 et anti-JAK,
- D'envisager la reprise du traitement après que le patient ait

été asymptomatique, en général 2 à 3 semaines après le début de l'infection.

Recommandations 5 : Gestion des nouveaux cas diagnostiqués
Il est recommandé :

- D'utiliser le paracétamol à des doses ne dépassant pas les 3 g /j,
- D'utiliser, si nécessaire, les AINS à faibles doses et pendant une courte durée et conseiller la vaccination contre la grippe et le pneumocoque.

Tableau 02 : Stratification du risque chez les patients atteints de pathologies rhumatismales auto-immunes (selon la société anglaise de rhumatologie, BSR).

Facteurs de risque	Score
Dose de corticoïdes ≥ 20 mg/j (prednisone ou équivalent) pour plus de 4 semaines	3
Dose de corticoïdes ≥ 5 mg/j mais < 20 mg/j (prednisone ou équivalent) pour plus de 4 semaines	2
Cyclophosphamide quel que soit la dose VO ou IV durant les 6 dernières semaines	3
Utilisation d'UN seul traitement immunosuppresseur *, biologique** ou traitement de fond synthétique***	1
Deux ou plus traitement immunosuppresseur *, biologique** ou traitement de fond synthétique***	2
Présence de l'un des FDR suivant : âge > 70 ans, Diabète, ATCD de pathologie pulmonaire, ATCD de cardiopathie ischémique ou d'hypertension artérielle	1
Hydroxychloroquine, sulfasalazine seules ou en association	0

***Traitement immunosuppresseurs conventionnels :** azathioprine, léflunomide, méthotrexate, mycophénolate (mycophénolate mofétil ou acide mycophénolique), ciclosporine, cyclophosphamide, tacrolimus, sirolimus.

****Biologiques / traitements de fond synthétiques ciblés :** le rituximab (au cours des 12 derniers mois); anti- TNF (étanercept, adalimumab, infliximab, golimumab, certolizumab); tocilizumab; abatacept; belimumab; anakinra; le sécukinumab; ixekizumab; ustekinumab; sarilumumab; canakinumab;

*** **Traitements de fond synthétiques ciblés :** tous les anti-JAK, baricitinib, tofacitinib.

Score ≥ 3 : patients à protéger

Score > 2 : auto-isolement ou maintien de la distanciation sociale avec des réserves Score ≤ 1 : maintien de la distanciation sociale en respectant les mesures communautaires

Date de soumission

05 Décembre 2020.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Winthrop KL, Mariette X, Silva JT, et al. 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, immunoglobuli. Clin Microbiol Infect [Internet] 2018; 24 Suppl 2: S21–40.
2. Baddley JW, Cantini F, Goletti D, et al. 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- agents). Clin Microbiol Infect [Internet] 2018; 24 Suppl 2: S10–20.
3. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G (2020) Real estimates of mortality following COVID-19 infection. Lancet Infect Dis
4. Fang L, Karakiulakis G, Roth M (2020) Are patients with hypertension and diabetes
5. Liu W, Tao ZW, Lei W et al (2020) Analysis of factors associated with disease outcome in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. Chin Med J
6. Favalli EG, Ingegnoli F, De Lucia O, Cincinelli G, Cimaz R, Caporali R. COVID-19 infection and rheumatoid arthritis: Faraway, so close! Autoimmun Rev 2020 ;(March):102523.
7. Ferri C, Giuggioli D, Raimondo V, et al. COVID-19 and rheumatic autoimmune systemic diseases: report of a large Italian patients series. Clin Rheumatol. Published online Aug 27, 2020. doi:10.1007/s10067-020-05334-7

8. Pablos JL, Galindo M, Carmona L, et al. Clinical outcomes of hospitalized patients with COVID-19 and chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases: a multicentric matched cohort study. Ann Rheum Dis. Published online Aug 12, 2020. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218296
9. Monti S et al. Ann Rheum Dis 2020-11-25
10. Kaleb M. et al. ACR open Rheumatol. 2020
11. D'Antiga L. Liver Transplant 2020
12. Milena A. Gianfrancesco. The Lancet 2020
13. Mikuls TR, Johnson SR, Fraenkel L, et al. American College of Rheumatology guidance for the management of rheumatic disease in adult patients during the COVID-19 pandemic: version 1. Arthritis Rheumatol. Published online Apr 29, 2020. doi:10.1002/art.41301
14. Mikuls TR, Johnson SR, Fraenkel L, et al. American College of Rheumatology guidance for the management of rheumatic disease in adult patients during the COVID-19 pandemic: version 2. Arthritis Rheumatol. Published online July 30, 2020. doi:10.1002/art.41437
15. Landewé RB, Machado PM, Kroon F, et al. EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV-2. Ann Rheum Dis. 2020;79(7):851-858. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217877
16. Tam LS, Tanaka Y, Handa R, et al. Care for patients with rheumatic diseases during COVID-19 pandemic: a position statement from APLAR. Int J Rheum Dis. 2020;23(6):717-722. doi:10.1111/1756-185X.13863
17. Richez C, Flipo RM, Berenbaum F, et al. Managing patients with rheumatic diseases during the COVID-19 pandemic: the French Society of Rheumatology answers to most frequently asked questions up to May 2020. Joint Bone Spine. Published online May 27, 2020. doi: 10.1016/j.jbspin.2020.05.006
18. COVID-19 guidance. British Society of rheumatology. <https://www.rheumatology.org.uk/practice-quality/covid-19-guidance>. Updated July 29, 2020. Accessed September 17, 2020.
19. Kow CS, Hasan SS. Pharmacotherapeutic considerations for systemic rheumatic diseases amid the COVID-19 pandemic: more questions than answers. Drugs Ther Perspect. Published online Aug 16, 2020. doi:10.1007/s40267-020-00767-1