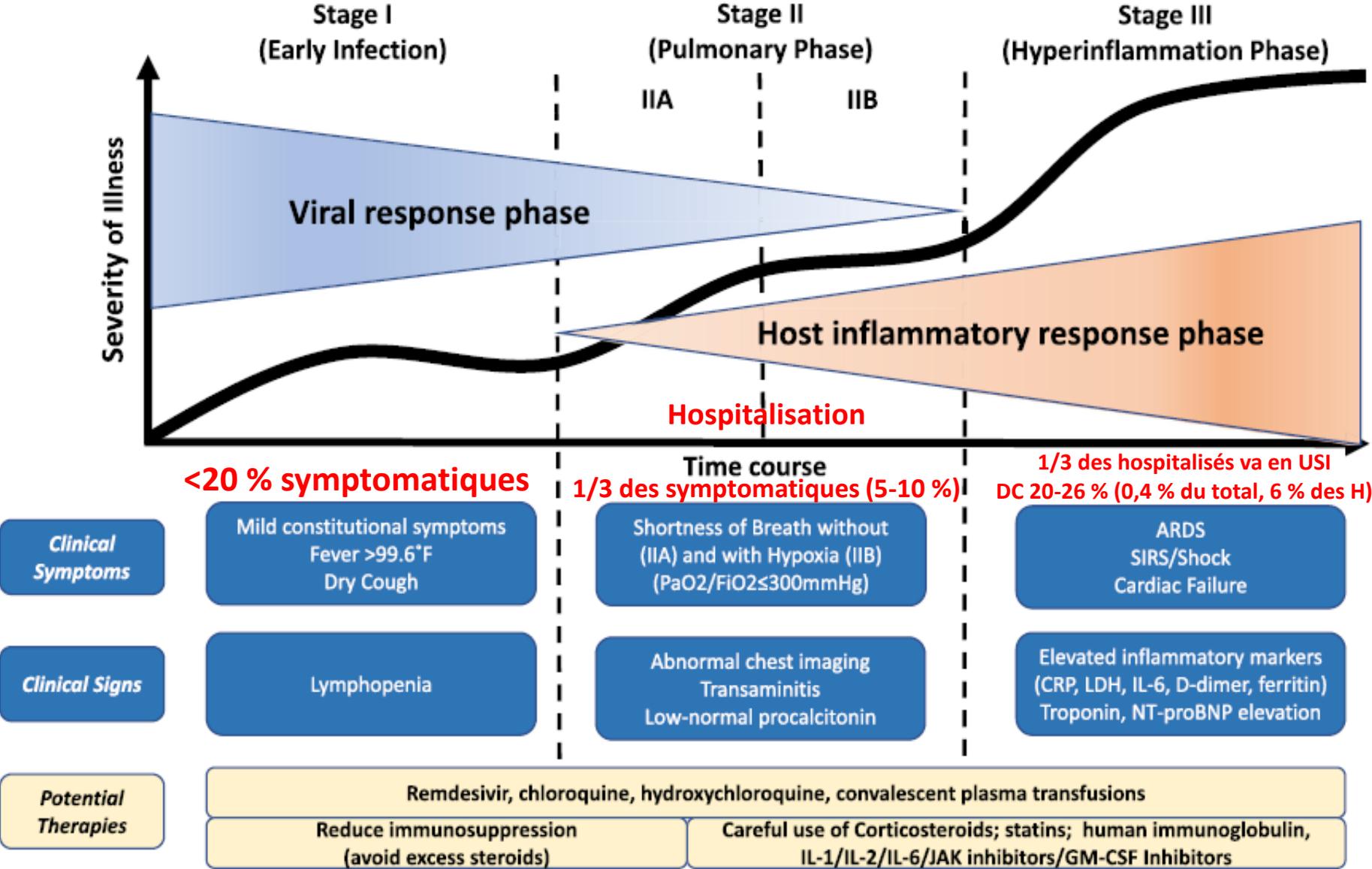


# COVID-19 en reumatologie

# Physiopathologie



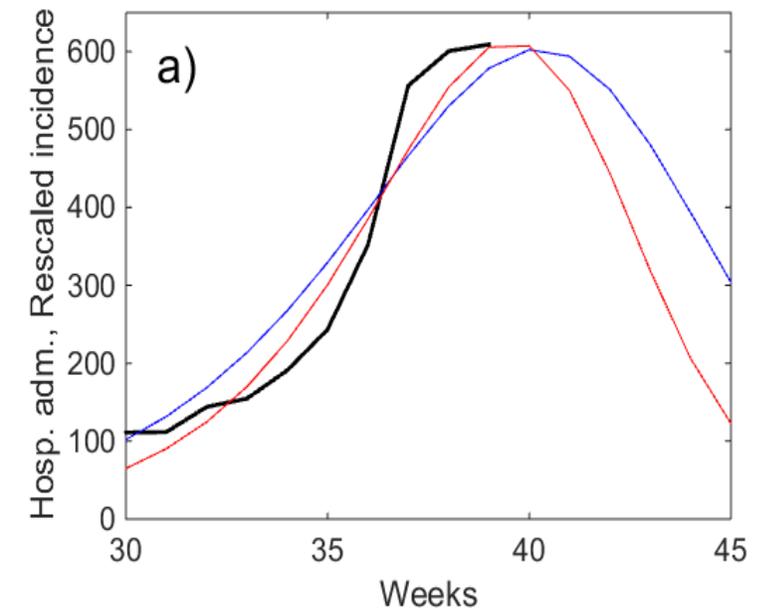
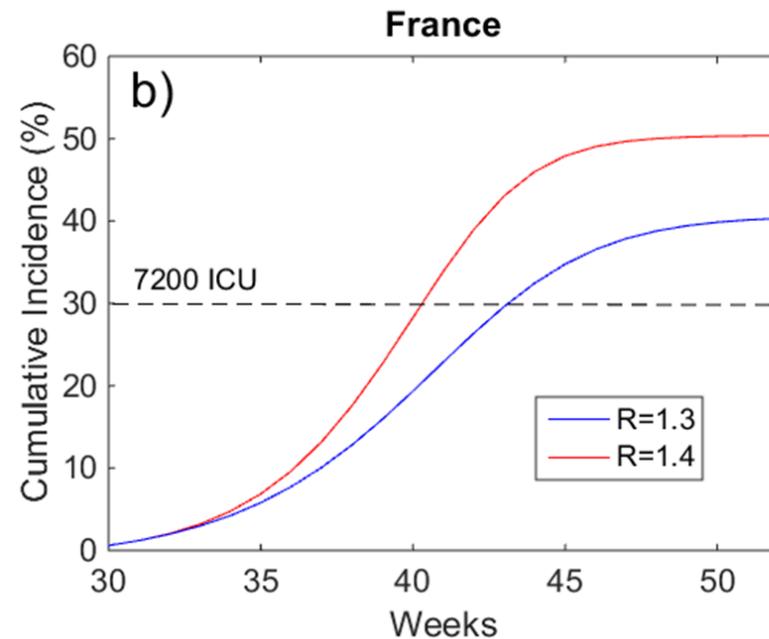
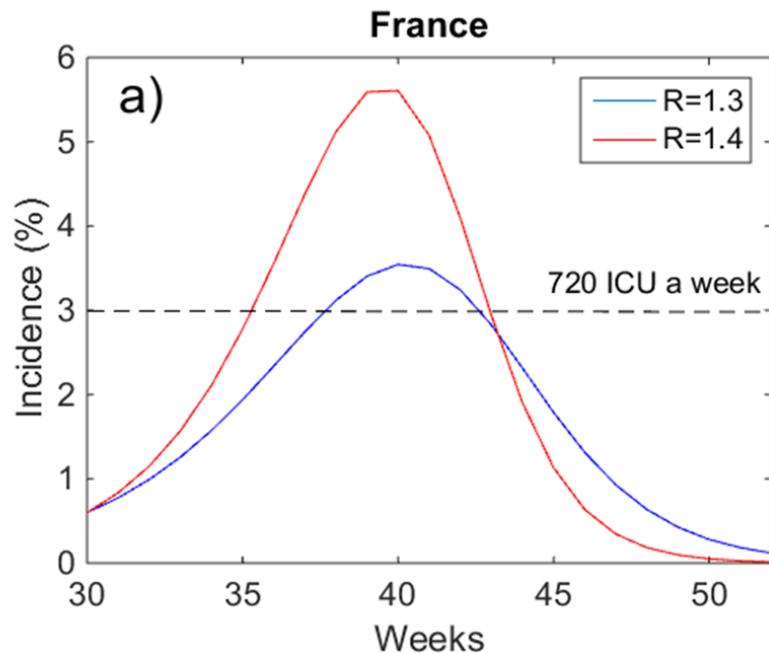
- Microangiopathie responsable d'une hypo perfusion
- Lésions endothéliales et alvéolaires
- Immuno-thrombose, coagulopathie
- Orage cytokinique:
  - IL1, IL6, CRP, DD, LDH, ferritine
- Réponse interféron type 1 retardée
- Réponse cellulaire T plus faible
- Augmentation charge virale et stimulation immunité innée
- Th17: amplification (TNF, IL1, IL6, IL8), endothélium et coagulation, diminue réponse antivirale IFN I

# Présentation clinique

- Durée incubation: 4 jours [médiane 5 jours]
- Contagiosité : 14 à 7 jours...
- Définition formes sévères
  - FR > 30 /mn, Sat O2 ≤ 93 %, PaO2/FiO2 ≤ 300 mmHg
  - SDRA, nécessité d'une ventilation, choc
- Mortalité
  - Dépend du taux de positifs...
  - Diamond Princess 634/3711 positifs, 7 DC soit 1.1 % mais âgés, dépistage tardif
  - 1ère vague: 0.3-1.3% (A. Fontanet et al Nature Reviews Immunology 2020).

# Simulation 2ème vague : Positivité des asymptomatiques non cas contact

- 2,5 à 3 % de la population à S 38 (tests PCR)
- 1ère vague fin juillet 20 % infections cumulées
- 2ème vague (R=1.3) : S41 20 %, fin 40 %
- Total d'infections cumulées 60 %, mortalité 0.33 % 1ère vague, et de 0.027 % pour la 2ème vague



# Manifestations cliniques

- **Signes cardinaux**
  - fièvre, toux, expectoration, dyspnée, fatigue
- **Manifestations neuromusculaires: méta-analyse** (Abdullahi et al Frontiers Neurology 2020)
  - 51 études inclus n=11 069
    - Myalgies 19 %, lombalgie 10 %
    - Anosmie 35 %, agueusie 33 %
    - Céphalées 12 %
    - Vertiges 10 %
    - AVC 3 %, troubles de la vigilance 2 %
- **Signes digestifs:** diarrhée, nausée, vomissement (5 %)
- **Biologie:** Lymphopénie, PNN, CRP élevée, DDimères, baisse TP, hypoalbuminémie, bilirubine,, ASAT/ALAT, tropo
- **Case reports**
  - Myosite et rhabdomyolyse 3 cas (Beydon M ARD 2020)
  - Myocardites
  - Arthrites réactionnelles (2-4 semaines post-COVID)
  - Ténosynovites extenseurs mains et poignet
- **Formes sévères:** SDRA, Thromboses veineuse et artérielles (30 % en USI), insuffisance rénale aigue (USI)

# Manifestations dermatologiques

- Etude CoviDermato (Dr J Rouanet dermatologie CHU)

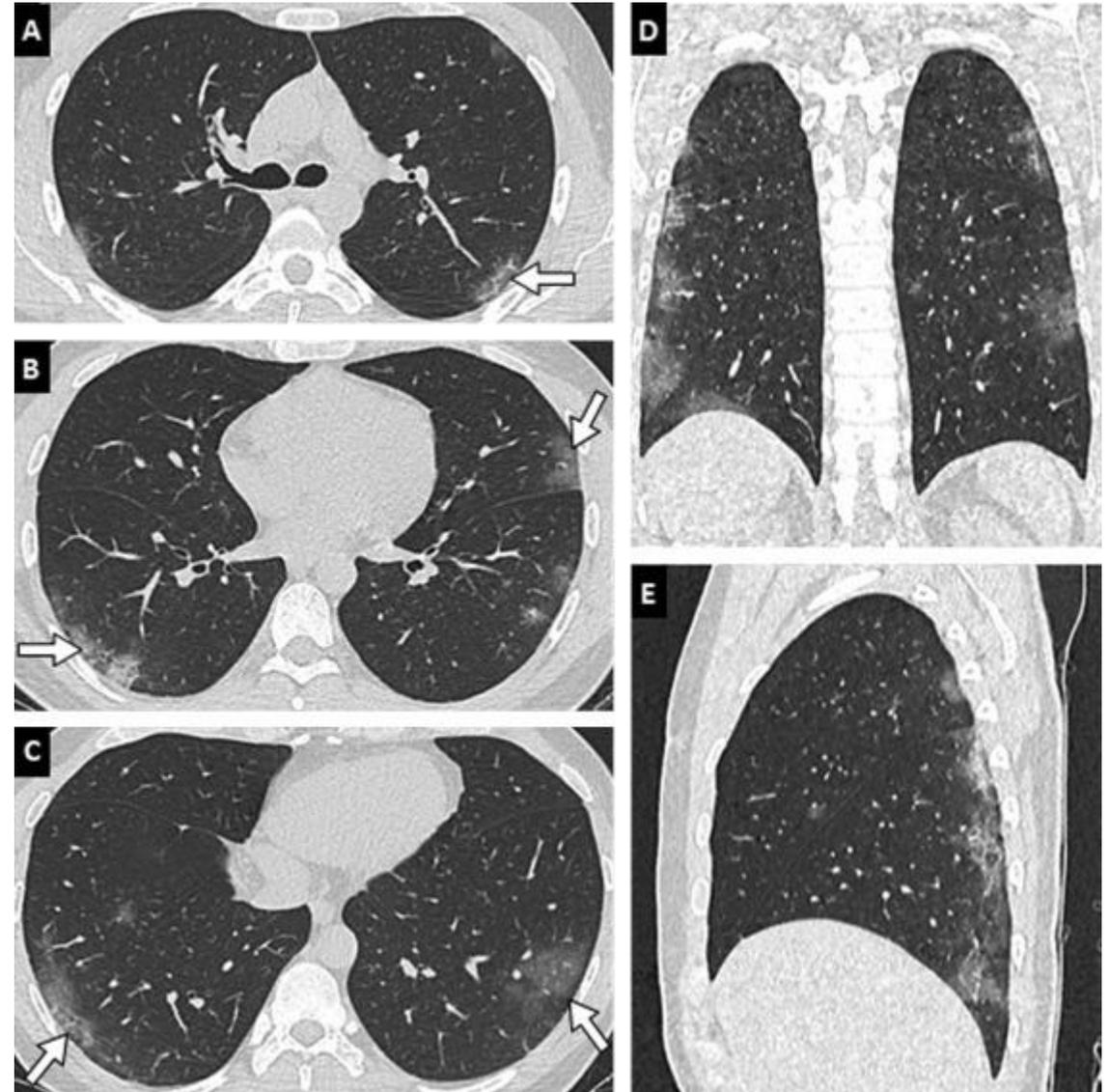


# Manifestations vasculaires, vasculopathies

- PAN-like, Vascularite neutrophilique, Sepsis like (« immuno-thrombose »)
- Enfant: **syndrome inflammatoire multi systémique** (Feldstein LR NEJM 2020)
  - Kawasaki-like
  - Un peu plus de garçon (60 %), âge médian 9 ans
  - Fièvre, rash, conjonctivite, œdème, douleurs des extrémités et abdominale
  - Atteinte des muqueuses, polyADP cervicales
  - Choc CV, +/- péricardite, pleurésie, myocardite, anévrismes
  - hyper inflammation, manifestations CV, SAM

# Signes radiologiques

- TDM thorax:
  - Sensibilité 90 % (FN < 3 jours),  
Spé 25-70 %
- Plages de verre dépoli multifocales, bilatérales, asymétriques
- L'atteinte prédomine classiquement dans les régions périphériques, postérieures et basales



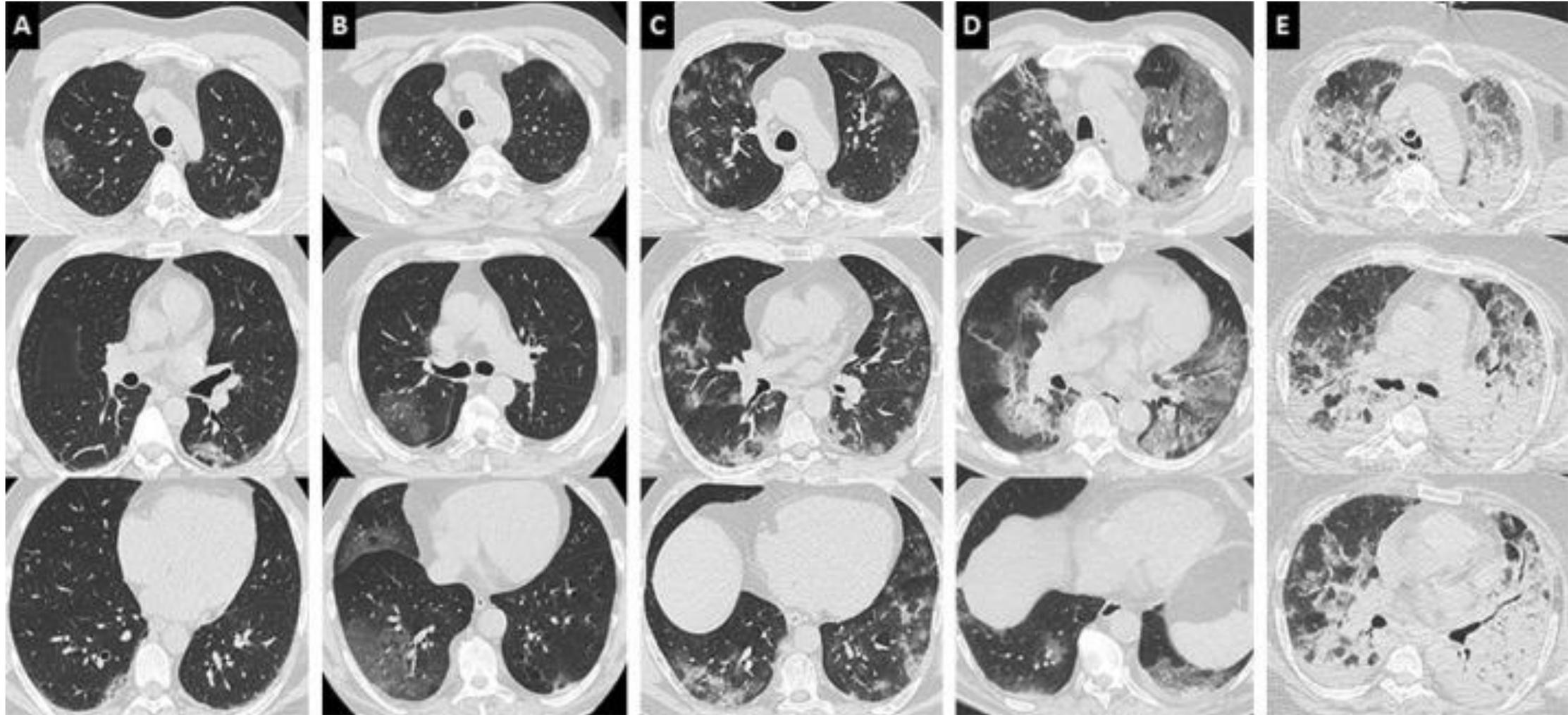
minime < 10 % (A)

modérée 10-25 % (B)

étendue 25-50 % (C)

sévère 50-75 % (D)

critique > 75 % SDRA (E)



# Traitements

## Hydroxychloroquine

- Juillet 2020: 6 essais randomisés, 26 études observationnelles, 29 000 patients
- **En traitement ou prévention**
- Résultats contradictoires mais la plupart des études : pas de bénéfice sur mortalité, passage en USI
- Effets secondaires CV (allongement QT, TdR) sont aussi peu clairs...effet dose ? Azithromycine ? Atteinte cardiaque sous-jacente ? Role proarythmogène IL6 ? hypoK ? IAM ? Si prescription pour COVID surveillance ECG

# Hydroxychloroquine en traitement

- Raoult et al
  - Etude ouverte en association avec azithromycine, 20 patients: diminution charge virale
  - Etude rétrospective observationnelle sur 1061 patients à Marseille, TT au moins 3 jours par Plaquenil 600 mg/j et Azithromycine 500 mg J1 puis 250 mg 4 jours
    - 49 ans en moyenne
    - Mortalité 0.75 %, surtout chez sujets > 75 ans, pas d'ES
- 2 études chinoises randomisées avec résultats contradictoires
  - 30 patients, HCQ 400 mg/j 5 jours : pas de différence charge virale, pronostic, atteinte TDM, durée hospitalisation
  - 62 patient , 45 ans randomisés: période fébrile et toux plus courte, 4 évoluent vers une forme sévère dans groupe contrôle aucun dans groupe HCQ
- Arrêt bras HCQ dans DISCOVERY
- 2 études observationnelles avec score de propension pour appariement: pas de bénéfice HCQ seule ou avec azithromycine sur pronostic ou mortalité
- Une phase II b comparant 2 doses d'HCQ: allongement QT sans bénéfice clinique
- Une méta-analyse chinoise toutes indications: augmentation des ES sous HCQ, notamment cardiaque

Chen J, Liu D, Liu L, et al. A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease-19 (COVID-19). Journal of Zhejiang University 2020.

Chen Z, Hu J, Zhang Z, et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. MedRxiv 2020.

Mahevas M, Tran VT, Roumier M, et al. No evidence of clinical efficacy of hydroxychloroquine in patients hospitalized for COVID-19 infection with oxygen requirement: results of a study using routinely collected data to emulate a target trial. medRxiv 2020.

Magagnoli J, Narendran S, Pereira F, et al. Outcomes of hydroxychloroquine usage in United States veterans hospitalized with Covid-19. medRxiv 2020.

# Antiviraux-Remdesivir

- Etude randomisée USA 1062 patients avec atteinte respiratoire, remdesivir IV 10 jours
- Diminution du temps d'hospitalisation de 30 % (réduction globale de 4 jours du délai de rétablissement clinique du patient, 11 jours au lieu de 15) par rapport au placebo
- Mortalité limite de significativité (HR=0.70; 95% CI, 0.47 to 1.04)
- En cours d'évaluation dans l'essai DISCOVERY
- AMM conditionnelle depuis juillet: patients hospitalisés avec une pneumonie nécessitant une oxygénothérapie à faible débit.

# Corticothérapie

- RECOVERY: DEXA 6 mg 10 jours
- Réduction mortalité 28 jours chez patients intubés (29.3% vs. 41.4%; rate ratio, 0.64; 95% CI 0.51 to 0.81) ou O2 dépendant (23.3% vs. 26.2%; rate ratio, 0.82; 95% CI, 0.72 to 0.94).
- Attention pas de bénéfice chez patients non O2 dépendants, voire même aggravation ?
- Mortalité 17.8% vs. 14.0%; rate ratio, 1.19; 95% CI, 0.91 to 1.55

RECOVERY Collaborative Group, Peter Horby, Wei Shen Lim, Jonathan R. Emberson, Marion Mafham, Jennifer L. Bell, Louise Linsell, et al. « Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 - Preliminary Report ». *The New England Journal of Medicine*, 17 juillet 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>.

# Anti-IL6

- Etude TESEO, Italie, cohorte retrospective
- 544 patients COVID-19 et pneumonie severe (tachypnea, hypoxemia, infiltration pulmonaire > 50 %)

Guaraldi G, *The Lancet Rheumatology* 2, n° 8 (août 2020): e474-84. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(20\)30173-9](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(20)30173-9).

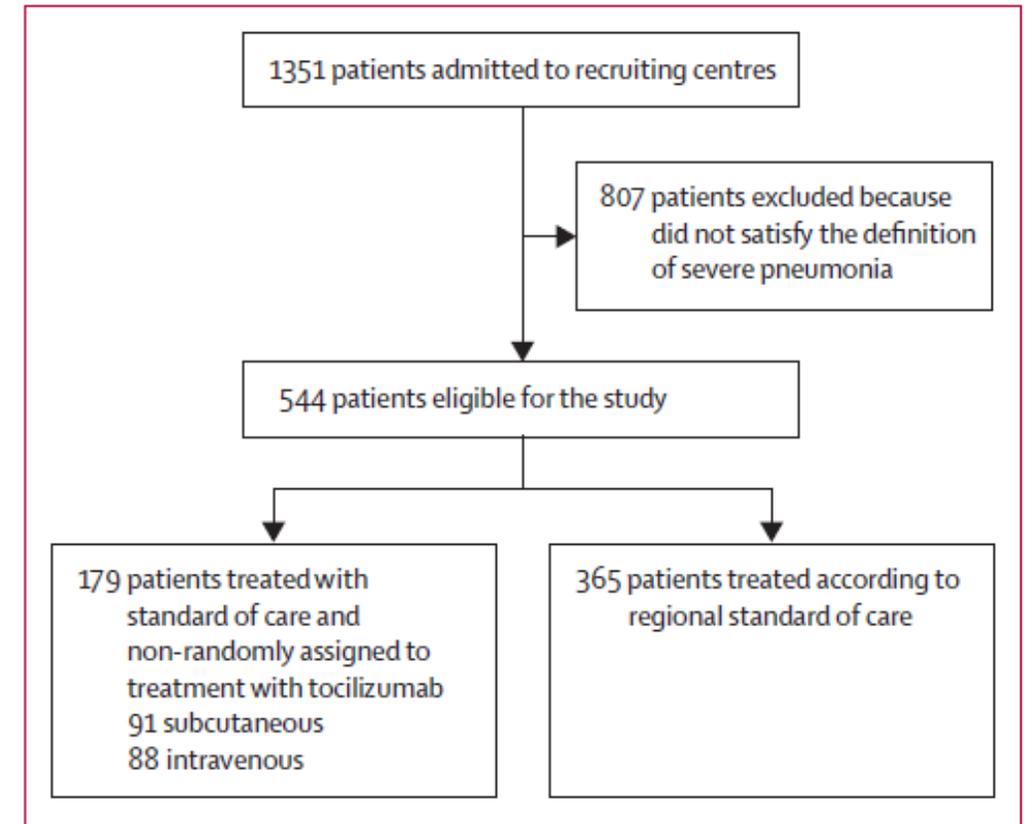
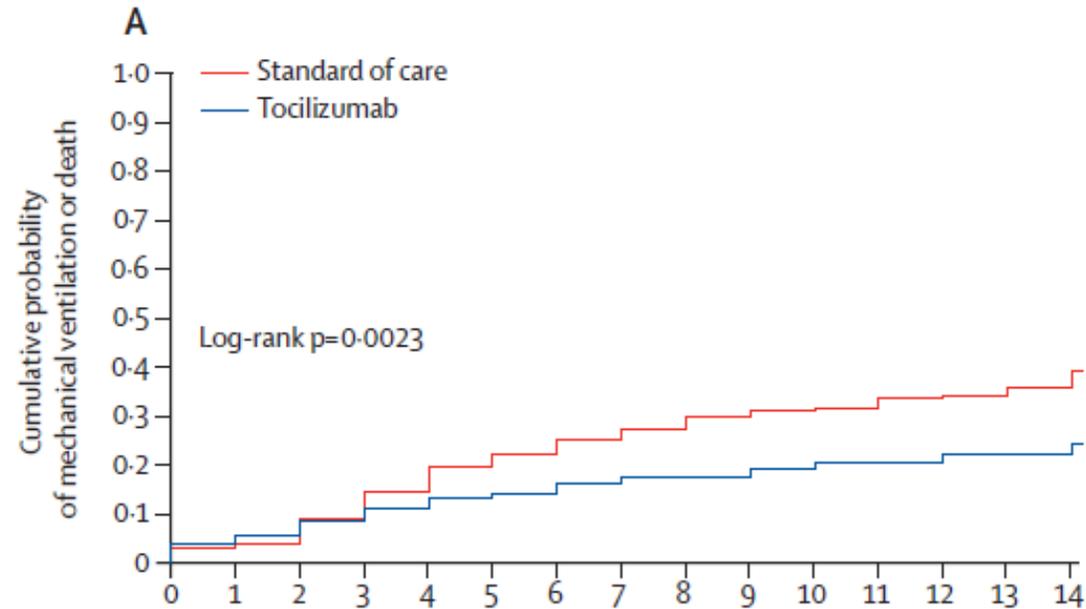


Figure 1: Overview of participants included in the TESEO cohort

# Anti-IL6

- Critère principal: mort ou ventilation mécanique (hazard ratio ajusté 0.61, 95% CI 0.40–0.92;  $p=0.020$ ).



- 24/179 traités par TCZ (13%) ont eu une surinfection vs 14/365 (4%) dans groupe controle ( $p<0.0001$ ).
- Etude randomisée française CORIMUNO (Toci, Sari)
- Plus de 30 études en cours clinicalTrials

# Autres

- IL1-RA
  - Etude rétrospective Italie 29 patients, marqueurs hyperinflammation, en association HCQ/Lopinavir comparés à 16 patients soins usuels
  - Survie à 21 jours 90% anakinra vs 56% soins usuels ( $p=0.009$ ), pas de ventilation mécanique 72% anakinra versus 50% ( $p=0.15$ ).
  - Bactériémie 4/29 (14%) anakinra et 2/16 (13%) soins usuels
- Essais en cours:
  - JAKi 1/2 (Ruxolitinib, baricitinib)
  - Colchicine
  - IVIG, anti-VEGF, anti-C5 complément (eculizumab), anti-GM-CSF
  - Anti-IL17 ?
- Rééducation cardiorespiratoire, musculaire

# En pratique actuellement

## Formes modérées à sévères

- Anticoagulation

### Prévention et traitement des complications thrombotiques en cas d'infection par le COVID-19 hospitalisé

	Pas d'oxygénothérapie	Oxygénothérapie	Oxygénothérapie nasale à haut débit ou ventilation artificielle	Monitoring de l'anticoagulant
IMC <30 kg/m <sup>2</sup>	<b>HBPM dose prophylactique standard ou fondaparinux</b> <i>(par ex : enoxaparine 4000 UI/24h SC; enoxaparine 2000 UI/24h SC si Clcr entre 15 et 30 ml/min; tinzaparine 3500 UI/24h SC si Clcr &gt;20 ml/min; fondaparinux 2,5 mg/24h si Clcr &gt;50 ml/min)</i>			<b>Surveillance de l'activité anti-Xa:</b> - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoXaparine) - HNF : objectif 0,3-0,5 UI/ml
IMC ≥30 kg/m <sup>2</sup> sans FDR*	enoxaparine 4000 UI/12h SC enoxaparine 6000 UI/12h SC si poids >120 kg HNF: 200 UI/kg/24h, si Clcr < 30 ml/min			
IMC ≥30kg/m <sup>2</sup> avec FDR*				
Thromboses itératives de cathéter ou de filtre d'EER Syndrome inflammatoire marqué (par ex: fibrinogène >8 g/L) Hypercoagulabilité (par ex: D-dimères >3 µg/ml) ECMO	HBPM à dose curative par ex. enoxaparine 100 UI/kg/12h SC (poids réel), sans dépasser 10 000 UI/12h. HNF 500 UI/kg/24h si Clcr <30 ml/min Réévaluer la dose en cas de défaillance multiviscérale ou de coagulopathie de consommation.		<b>Surveillance de l'activité anti-Xa:</b> - HBPM : éviter le surdosage (> 1,2 UI/ml pour l'enoXaparine) - HNF : objectif 0,5-0,7 UI/ml	
Traitement anticoagulant au long cours				

Risque intermédiaire

Risque élevé

Risque très élevé

\*Facteurs De Risque (FDR) thromboemboliques : cancer actif, antécédent personnel de thrombose...  
 Clcr : Clairance de la créatinine; HBPM : héparine de bas poids moléculaire; HNF : héparine non fractionnée

# En pratique actuellement

## Formes modérées à sévères

- Corticothérapie si le patient est **oxygénodépendant** :
  - Dexaméthasone 6 mg/j IV pendant 10j (RECOVERY)
- Anti-viraux : REMDESIVIR (Pour les formes les plus graves, DISCOVERY)
- Antibiothérapie dans le cadre d'une surinfection bactérienne uniquement

# Facteurs de risque

- Age
- Sujets noirs
- obésité
- Diabète
- ATCD cardiaques: HTA, coronaropathie, insuffisance cardiaque
- Pathologie pulmonaire chronique (BPCO)

# Liste HCSP 20/04/2020

- **Selon les données de la littérature**

- les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires :
  - hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV\* ;
- les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications\* ;
- les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm<sup>-2</sup>) ;

- **En raison d'un risque présumé de Covid-19 grave**

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise; chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, **biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive** ; infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm<sup>3</sup> ; consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ; liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

# Texte modifié

## Décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 pris pour l'application de l'article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020

Sont regardés comme vulnérables au sens du I de l'article 20 de la loi du 25 avril 2020 susvisée les patients répondant à l'un des critères suivants et pour lesquels un médecin estime qu'ils présentent un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 les plaçant dans l'impossibilité de continuer à travailler :

**1° Etre atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;**

**2° Etre atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise :**

- médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
- infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm<sup>3</sup> ;
- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;

**3° Etre âgé de 65 ans ou plus et avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires ;**

**4° Etre dialysé ou présenter une insuffisance rénale chronique sévère.**

**5° ne sont plus considérés comme critères de vulnérabilité :**

Avoir 65 ans ou plus mais ne pas avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires ;

Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;

Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications ;

Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale : broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment ;

Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m<sup>2</sup>) ;

Être atteint de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;

Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;

Être au troisième trimestre de la grossesse.

# L'immunosuppression et les biothérapies

- 3 études chinoises: augmentation du risque chez patients avec ATCD de cancers et chimiothérapie de moins de 14 jours
- Transplantation et immunosuppresseurs associés
- MAI, MICI, corticoïdes, biologiques
  - Pas d'augmentation de la mortalité par rapport à la population générale (% USI ?)
  - Petites séries de patients RIC (PR, SpA) n=50
    - Registres allemand, US, Canada, Italie , Espagne
    - Chine 43 patients (52 % stéroïdes, 4 % bDMARD, 70 % cDMARD) , appariés avec 83 apparentés famille (63 % vs 34 % OR=2,68 p=0,02), sévérité ? Moins infection sous HCQ,
- FDR: comorbidités (âge, HTA, obésité), pathologie pulmonaires sous-jacente, corticoïdes > 5-10 mg/j, lupus ?, RTX ?

# COVID-19 Global Rheumatology Alliance (C19-GRA)

- 600 patients à partir de 40 pays, jusqu'en Avril 2020
  - Amérique (60 %), Europe (36 %)
  - PR (38 %), Lupus (14 %), PsA (12 %), SPA (8 %), vascularites (7 %), GSj, PPR...
  - Femmes 71 %, Age médian 56 ans, 50-65 ans 38 %, > 65 ans 28 %
- 46 % hospitalisés, 9 % décès
  - Biais de capture
  - plus de lupus et vascularites (NS)
- FDR d'hospitalisation: âge > 65 ans, diabète, HTA ou ATCD CV, atteinte pulmonaire sous jacente, IRC, corticoïdes  $\geq 10$  mg/j
- Pas d'augmentation du risque avec AINS, cDMARD, bDMARD, JAKi
- AntiTNF moins d'hospitalisation (OR 0.40, 95% CI 0.19 to 0.81)
- Pas d'effet de hydroxychloroquine

# Brescia Rheumatology COVID-19 Study Group

- Données sur 1525 RIC entre 02/2020 et 05/2020
- 117 soit 8 % présentait des symptômes évocateurs de Covid-19
- 65/117 confirmés PCR+
- 47/65 hospitalisés soit 72 %, 10/65 décès 15 %
- Décès : plus âgés, pas de différence pour le sexe, les traitements, comorbidités
- 26 patients RIC hospitalisés avec pneumonie appariés sur âge à 62 patients hospitalisés avec pneumonie covid+ non RIC
  - Pas de différence pour comorbidités, durée des symptômes, durée de séjour à l'hôpital, critères de sévérité, thromboses, paramètres bio, atteinte Rx, décès (15 % vs 10 %)

# Fiche de recueil d'observation d'infection COVID-19 chez les patients atteints de maladies autoimmunes ou autoinflammatoires.

- SFR, FAI2R, CRI, SNFMI, SOFREMIP
- <https://sfr.larhumatologie.fr/actualites/fiche-recueil-dobservation-dinfection-fai2r-sfr>
- <https://covid19-fai2r.sanoia.com/dropzone/>



**COVID-19 et rhumatismes inflammatoires chroniques et maladies auto-immunes systémiques/auto-inflammatoires rares et non rares**

# Impact sur le suivi et l'observance aux TT

- Registre suisse (Ciurea A ARD 2020)
  - 666 PR, axSPA, PsA de janvier à juin 2020
  - Diminution des Cs de 52 %, augmentation des évaluations à distance 129 % via App
  - Légère augmentation non-adherence significatif seulement dans SPA ax (20 % vs 13 % avant épidémie)
  - Proportion de patients avec poussées stable
  - Stabilité BASDAI, RAID, PGA
- Interruption temporaire du suivi 1ère vague a eu peu d'impact sous réserve d'un suivi des PRO via une application

# Recommandations ACR (Juillet 2020)

## Généralités

- Risque plus lié à l'âge et aux comorbidités
- Distanciation, lavage mains, masque
- Selon le risque: diminuer les prélèvements systématiques au laboratoire, visites médicales, télé-médecine
- Corticoïdes: dose minimale efficace, pas d'interruption brutale
- IEC et ARA 2 peuvent être poursuivis
- En l'absence d'infection Covid ou de cas contact
  - TT poursuivis (HCQ/CQ, SSZ, MTX, LEF, tacrolimus, CSA, MMF, AZA, biologiques, JAKi, denosumab)
  - cDMARDs, bDMARDs, prednisone  $\leq 10$  mg/j, AINS peuvent être initiés si nécessaire
  - Corticothérapie forte dose si nécessaire: lupus, vascularite

# Recommandations ACR (Juillet 2020)

## Généralités

- Cas contact
  - TT poursuivis: HCQ/CQ, SSZ, AINS
  - Interruption: tacrolimus, CSA, MMF, AZA, biologiques non anti-IL6, JAKi, jusqu'à 2 semaines après disparition des symptômes ou PCR negative
  - MTX, LEF ne se prononcent pas
- Infection :
  - Seule l'HCQ peut être poursuivie
  - Arrêt MTX, LEF, tacrolimus, CSA, MMF, AZA, biologiques non anti-IL6, JAKi
  - Arrêt AINS si signes respiratoires sévères
  - Poursuite anti-IL6 au cas par cas
- Reprise 7-14 jours après disparition des symptômes pour les formes modérées, au cas par cas formes sévères, 10-17 jours après PCR+ si asymptomatiques

# Recommandations EULAR

## Partie 1 : mesures générales et prévention de l'infection à SARS-CoV-2

	Recommandations	LoA	% > 8
1.	Les patients avec RIC doivent suivre les mesures préventives préconisées par les autorités de santé de leur pays	9,9 ± 0,5	95
2.	Les patients avec RIC doivent en général suivre les mêmes règles de prévention et de contrôle que les patients sans RIC	9,3 ± 1,0	89
3.	Les patients avec RIC qui ne sont pas atteints ou suspects de COVID-19 devraient continuer leur traitement à l'identique (corticoïdes, sDMARD, bDMARD, AINS, traitement de l'ostéoporose, antalgiques)	9,6 ± 0,6	94

## Partie 2 : prise en charge des patients avec RIC pendant la "crise Corona"

	Recommandations	LoA	% > 8
4.	Si le RIC et son traitement sont stables, sans signe de toxicité, le suivi régulier clinique et biologique peut être temporairement repoussé. La téléconsultation peut constituer une alternative si besoin	9,6 ± 0,9	94
5.	En cas de RIC actif, de modification thérapeutique ou de toxicité, alors, une décision au cas par cas doit être prise en tenant compte du rapport bénéfice/risque pour le patient d'une consultation présentielle	9,7 ± 1,0	89
6.	Si un patient avec RIC doit être vu en présentiel, l'ensemble des membres de l'équipe doit suivre les mesures barrières comprenant notamment une protection personnelle si besoin	9,9 ± 0,2	94
7.	Les patients avec RIC sans symptôme COVID qui ont eu un contact avec une personne SARS-CoV-2+ devraient être testés	8,0 ± 2,5	63

# Recommandations EULAR

## Partie 3 : patients avec RIC et COVID-19

	Recommandations	LoA	% > 8
8.	En cas de RIC + COVID-19, il faut continuer la prise de glucocorticoïdes	8,6 ± 1,6	79
9.	En cas de RIC + symptômes modérés de COVID-19, la modification du DMARD doit se discuter au cas par cas	8,9 ± 1,4	84
10.	En cas de RIC + COVID-19 qui s'aggrave, il faut l'avis d'un expert du COVID-19 (infectiologue ou autre, selon les circonstances locales)	9,8 ± 0,5	94
11.	En cas de RIC et d'hospitalisation pour un COVID-19, le traitement doit suivre les recommandations locales appliquées par l'expert (infectiologue)	9,7 ± 0,8	89

## Partie 3 : patients avec RIC et syndromes ressemblant au COVID-19

	Recommandations	LoA	% > 8
12.	Les patients RIC sans COVID-19 devraient mettre à jour leurs vaccinations (recommandations EULAR – notamment grippe et pneumocoque)	9,4 ± 1,0	89
13.	Chez les patients RIC traités par cyclophosphamide ou glucocorticoïdes, la prophylaxie de la pneumocystose doit être considérée	9,3 ± 0,9	89

# Recommandations SFR

- AINS: pas de CI à la poursuite, si signes Covid arrêt 2 semaines
- IEC, ARA2: à poursuivre
- Corticoïdes: si possible  $\leq 10$  mg/j, ne pas arrêter brutalement même en cas d'infection, infiltrations possibles
- HCQ: pas d'indication en prévention ou TT du Covid
- SSZ, MTX, LEF, JAKi, bDMARD : peuvent être poursuivis ou initiés même si atteinte pulmonaire sous-jacente, interruption si infection en maintenant corticoïdes
- Colchicine: plutôt interruption si infection , risque IAM et diarrhée

Richez, Christophe, 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*, 27 mai 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2020.05.006>.

# Rhumatismes inflammatoires chroniques et déconfinement : qu'en penser ?

MENU



Se connecter



l'absence de preuves scientifiques formelles, aux logiques interrogations en ce proche lendemain de déconfinement !

Aujourd'hui, il est important de rappeler que 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 traités par biomédicaments et immunosuppresseurs. Il n'y a pas non plus d'arguments formels allant dans le sens d'une fréquence plus élevée de développer en cas de COVID-19 des formes graves et notamment avec risque de détresse respiratoire aiguë dans le cadre d'un syndrome dit de relargage cytokinique.

A ce jour, les principaux facteurs de risque identifiés restent l'âge élevé, les affections cardiovasculaires ou respiratoires, le diabète non équilibré et l'obésité.

En ce sens, la reprise d'activités professionnelles peut être envisageable pour la très grande majorité des patients avec rhumatismes inflammatoires chroniques ou maladies auto-immunes traités par cs et/ou bDMARDs et/ou tsDMARDs. Néanmoins, le décret 2020-521 du 5 Mai dernier identifie les salariés considérés comme « vulnérables » présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2. Au-delà des comorbidités susmentionnées et fréquentes au cours de certains rhumatismes inflammatoires sont précisés la fibrose pulmonaire et surtout l'état d'immunodépression congénitale ou acquise. Il peut s'agir d'une immunodépression d'origine médicamenteuse. Le texte mentionne les traitements immunosuppresseurs, biothérapies et/ou corticothérapie à doses immunosuppresseuses. Ces critères d'identification peuvent conduire à la rédaction d'un certificat médical pour isolement (un modèle ayant été proposé en annexe dans le document du 20 Avril 2020 émanant du Ministère des Solidarités et de la Santé).

Il s'agit donc d'une possibilité et non d'une obligation et la discussion se fera bien évidemment au cas par cas (comorbidités, activité de la maladie, thérapeutiques associées ...) et en intégrant le respect potentiel et optimal des mesures barrière. Parmi ces dernières, le port du masque chirurgical est favorisé grâce à la directive de la Direction Générale de la Santé qui permet la prescription médicale de 10 masques par semaine aux personnes considérées à très haut risque médical et notamment avec immunodépression sévère (jugement là encore au cas par cas du niveau de risque médical et du caractère sévère de l'immunodépression !).

A titre indicatif, la Société Française de Médecine du Travail a émis des recommandations spécifiques concernant le personnel soignant de la Fonction Publique Hospitalière. Le texte du 20 Avril 2020 signale que des mesures particulières doivent être appliquées aux soignants à risque de COVID-19 grave afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Ainsi nombre de soignants avec pathologies inflammatoires auto-immunes y compris traitées par biomédicaments ont été maintenus en activité professionnelle, mais avec logique éviction des secteurs les plus exposés notamment service d'Urgences / Réanimation / Soins Intensifs et Unités COVID-19.