



FICHE MEDICAMENT – Version du 22.04.2020

AINS et COVID-19

A ce jour, nous ne disposons pas d'évidence scientifique associant la prise d'AINS et l'aggravation d'une infection à SARS-CoV2 (COVID-19). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pourraient être associés à une aggravation des symptômes lors de virose ou d'infection bactérienne. Par principe de précaution, nous préférons donner le paracétamol en 1^e intention.

Recommandations :

- En cas d'état grippal dû à un COVID-19 confirmé ou suspecté, il est recommandé de prescrire le paracétamol en 1^e intention et de réserver les AINS en cas de contrôle symptomatique insuffisant de cet état grippal.
- En cas de situation clinique lié au Covid-19 nécessitant un traitement anti-inflammatoire (p. ex. péricardite), il est possible de prescrire un AINS en 1^e intention.
- En cas de situation clinique qui nécessite les AINS (p. ex. trauma ou migraines), il n'y a pas de contreindication à donner les AINS, même en période de pandémie COVID-19.
- Un traitement d'AINS prescrit au long cours pour une maladie chronique ou l'aspirine utilisée à dose antiagrégant plaquettaire (100 mg) ne devrait pas être interrompu.

Plus d'informations et références :

https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/C0211-NSAIDs-RPS_14-April.pdf

<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatory-covid-19>

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/ains_et_covid-19.pdf

IEC/ARA-II et COVID-19

A l'heure actuelle aucune association épidémiologique entre IEC/ARA-II et COVID-19 n'a été étudiée et les données scientifiques à disposition sont basées sur des études in vitro et animale et sont contradictoires : d'une part, liaison possible du virus covid-19 au récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine exprimé à la surface des pneumocytes et de nombreux tissus extra-pulmonaires, facilitant sa réplication virale ou son absorption ; d'autre part, utilisation des IEC et les ARA-II chez les patients atteints de pneumonie COVID-19 afin de réduire la réponse inflammatoire pulmonaire et la mortalité)

Recommandations

- Les évidences scientifiques sont actuellement insuffisantes pour justifier l'arrêt d'un traitement antihypertenseur par IEC ou ARA-II chez les patients susceptibles d'être infectés par le COVID-19.

Plus d'information et références :

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/iec_araii_et_covid-19.pdf



Corticoïdes et COVID-19

Nous n'avons aucune étude spécifique à l'infection COVID-19 et les recommandations se basent sur l'expérience durant les épidémies de SRAS précédentes et avec d'autres infections virales. Durant cette période de pandémie COVID-19, le traitement des maladies respiratoires, tels que l'asthme et la BPCO, par corticoïdes dépend de l'état de santé du patient. Chez le patient non-infecté ou sans critères de pneumonie, nous devons poursuivre les traitements inhalés chroniques car un asthme ou BPCO mal-contrôlé est un facteur de risque probable pour une COVID-19 sévère.

Dans les infections sévères, la réponse inflammatoire au SARS-CoV-2 dans les voies respiratoires inférieures entraîne des lésions pulmonaires avec formation d'œdème et d'importants exsudats protéiques. Toutefois, lors de pneumonies virales sévères, on considère les traitements par corticostéroïdes intraveineux contre-indiqués en raison de la suppression du système immunitaire inné qu'ils engendrent, ce qui s'est confirmé lors des épidémies de SRAS en 2003 et 2013.

Recommandations :

- **Corticostéroïdes, inhalés ou systémiques dans l'asthme :**
 - o Il faut poursuivre le traitement habituel avec corticostéroïdes inhalés
 - o Un sevrage rapide est à considérer (<3j) chez les patients asthmatiques avec COVID-19 et chez qui des corticostéroïdes systémiques sont introduits
 - o Les corticostéroïdes systémiques ne devraient toutefois pas être prescrits en cas de pneumonie
- **Corticostéroïdes, inhalés ou systémiques, dans la BPCO :**
 - o Il faut garder un traitement de fond efficace par voie inhalée
 - o Il ne faut pas interrompre un traitement de corticostéroïdes chez les patients en exacerbation aiguë de BPCO
 - o L'indication à des corticostéroïdes systémiques dans l'exacerbation de BPCO est à évaluer au cas par cas en fonction de la sévérité clinique. Ils sont à éviter dans les exacerbations non sévères et en cas de suspicion de pneumonie associée
- **Corticostéroïdes et ARDS dans le contexte d'une pneumonie virale à SARS-CoV-2**
 - o Les corticostéroïdes systémiques ne devraient pas être administrés de routine dans le traitement de la pneumonie virale, y compris à SARS-CoV-2, en dehors des essais cliniques
 - o L'utilisation des corticostéroïdes reste possible s'ils sont indiqués pour d'autres raisons, telles qu'une exacerbation d'asthme bronchique ou de BPCO ou un choc septique. Dans ces cas, l'introduction de corticostéroïdes se fait au cas par cas, après analyse soigneuse de la balance risque-bénéfice.
 - o L'utilisation des corticostéroïdes dans l'ARDS sévère est controversée et n'est en principe pas prescrite dans le contexte d'une pneumonie virale.

Plus d'informations et références :

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/corticosteroides_et_covid-19_suspects_ou_confirmes.pdf

<http://www.pneumo.ch/fr/641/147.html>

Méthotrexate et COVID-19

Le méthotrexate (MTX), comme d'autres immunosuppresseurs, peut favoriser une infection nouvelle ou aggraver les symptômes lors de virose ou d'infection bactérienne. A ce jour, nous ne disposons pas



d'évidence scientifique associant spécifiquement la prise de MTX et l'aggravation d'une infection à SARS-CoV2 (COVID-19). Les patients sous médicaments immunosuppresseurs rentrent dans la catégorie des personnes vulnérables. Les symptômes d'une infection pulmonaire à SARS-CoV2 peuvent être difficiles à distinguer d'une toxicité pulmonaire du MTX.

- Recommandations :
- La prise au long cours de MTX à faible posologie (5 à 25 mg une fois par semaine) peut être poursuivie en l'absence de signes infectieux, d'autant plus qu'un arrêt brutal peut aggraver une maladie sous-jacente.
- En cas de survenue de symptômes compatibles avec une infection à SARS-CoV2 (COVID-19) il est recommandé de discuter l'arrêt du traitement de MTX avec l'accord du médecin prescripteur.
- L'administration de MTX à haute dose est à discuter au cas par cas.

Plus d'informations et références :

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/methotrexate_et_covid-19.pdf

Carbimazole et COVID-19

Le carbimazole est un antithyroïdien de synthèse dont un des effets indésirables hématologiques est l'agranulocytose aiguë. Les données sur l'effet immunosuppresseur de carbimazole sont limités mais rassurantes. Hormis la période de premiers mois depuis l'introduction du traitement par carbimazole durant laquelle le risque de développer une agranulocytose et une neutropénie est plus augmenté, les patients sous traitement de longue date ne semblent pas présenter un risque d'immunosuppression lié à ce traitement.

Recommandations :

- Les patients traités par carbimazole peuvent poursuivre leur traitement
- Pour les patients nécessitant de débuter un traitement par carbimazole cette thérapie n'est pas contre-indiquée, mais il conviendra de procéder au contrôle de la formule sanguine vu le risque d'immunosuppression présent mais rare.

Plus d'informations et références :

https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/carbimazole_et_covid-19.pdf

Vaccin pneumocoque Prevenar 13 (note OFSP 20.3.2020)

On observe actuellement en Suisse une demande accrue du vaccin conjugué contre les pneumocoques, le Prevenar 13[®] dans le contexte de la pandémie de SARS-CoV-2. Cela est peut-être dû entre autre à de fausses informations qui circulent et selon lesquelles la vaccination contre les pneumocoques pourrait prévenir une évolution compliquée ou grave de COVID-19. Cette évolution ne résulte pas d'infections bactériennes pneumococciques secondaires, mais plutôt de réponses inflammatoires pulmonaires et systémiques dues au virus SARS-CoV-2. Cette évolution ne peut être évitée par la vaccination contre les pneumocoques.

Recommandations :

- Il n'est pas utile de vacciner les patients contre le pneumocoque pour éviter la pneumonie COVID.

Le vaccin Prevenar13[®] est livrable, mais sa disponibilité est limitée. Il doit être utilisé selon les recommandations figurant dans le plan de vaccination suisse pour les groupes à risque.