

Réseau canadien des cliniques de sclérose en plaques - Foire aux questions pour les gens atteints de sclérose en plaques (SP) - Pandémie de COVID-19

Vous retrouverez ci-dessous les recommandations de plusieurs leaders d'opinion en SP au Canada. Il s'agit de lignes directrices générales, et votre équipe soignante en SP peut vous suggérer d'autres stratégies sur une base individuelle. Il n'existe pas de recherche spécifique pour guider la prise en charge de la SP en lien avec la COVID-19. Ces recommandations sont basées sur l'information disponible actuellement, les mécanismes d'action connus des médicaments et l'expérience passée avec des infections ou épidémies similaires (ex : influenza).

Q: Vu que la SP est une maladie chronique, est-ce un risque pour la COVID-19?

R : Votre risque de contracter la COVID-19 est le même que tous les autres membres de la communauté. Le risque augmente avec le nombre de cas rapportés. Avoir la SP, ou la neuromyéélite optique, ne vous met pas à plus haut risque de contracter la COVID-19. La plupart des gens atteints ont une maladie légère, et plus une personne atteinte est jeune, plus faibles sont ses risques d'atteinte plus sérieuse.

Nous ne croyons pas que la SP vous met à plus haut risque de de maladie sévère si vous contractez la COVID-19; cependant, l'impact d'avoir une infection virale pourrait être plus grand pour vous. N'importe quel virus peut favoriser une poussée, ou causer une pseudo-poussée. Les poussées et les pseudo-poussées peuvent être difficiles à différencier. Habituellement, une pseudo-poussée consiste en des symptômes que vous aviez déjà, typiquement des symptômes qui vont et viennent dans des périodes de fatigue, de stress ou d'autres maladies.

Les personnes avec la SP qui sont sévèrement handicapées (ex avec faiblesse des bras et donc possiblement faiblesse des muscles thoraciques) peuvent être à plus haut risque d'une atteinte respiratoire plus sévère.

Certains médicaments modificateurs de la maladie (MMMs) pourraient aussi aggraver le risque de maladie plus sévère (voir ci-dessous).

Q: Comment puis-je éviter l'infection à COVID-19?

R: Lavez-vous les mains fréquemment. Évitez de vous toucher le visage. Évitez de serrer les mains ou de cogner les poings (si vous devez serrer la main de quelqu'un, utilisez un désinfectant à mains ensuite). Évitez de fréquenter des endroits publics ou des foules, surtout si vous êtes à haut risque. Maintenez une distanciation sociale (approximativement 2 mètres – 6 pieds).

Q: Devrais-je cesser mon traitement (MMM)?

R: Non. Si vous n'avez pas la COVID-19, vous ne devriez pas cesser votre traitement. Un arrêt de traitement non-nécessaire peut mener à des poussées. En particulier, il n'existe aucune évidence supportant l'arrêt ou la suspension des traitements de première ligne, incluant les bêta-interférons (Avonex™, Betaseron™, Rebif™, Plegridy™, Extavia™),

Réseau canadien des cliniques de sclérose en plaques - Foire aux questions pour les gens atteints de sclérose en plaques (SP) - Pandémie de COVID-19

l'acétate de glatiramère (Copaxone™, Glatect™), le tériflunomide (Aubagio™), et la minocycline parce qu'ils ne sont pas immunosuppresseurs. Le diméthyl fumarate (Tecfidera™) et le natalizumab (Tysabri™) ne sont aussi que peu immunosuppresseurs (le diméthyl fumarate peut l'être davantage si votre décompte de lymphocytes est de moins de 0,5).

Le fingolimod (Gilenya™ et génériques) et le natalizumab sont associés à un rebond d'activité de la SP en cas d'arrêt, et ne devraient pas être cessés abruptement ou sans supervision médicale. Le fingolimod est actuellement sous étude comme traitement de la COVID-19; par contre, il est aussi immunosuppresseur.

Si vous avez des symptômes suggestifs de COVID-19 ou si vous avez eu un test positif, et que vous prenez du fingolimod, vous le continuerez probablement, mais vous devriez contacter votre équipe traitante pour une évaluation individuelle.

Q: Devrais-je retarder ma prochaine perfusion d'ocrelizumab ou de rituximab?

R: Non, à moins que vous ayez la COVID-19 ou qu'un contact proche l'ait. Dans ce cas, une décision devrait être prise après discussion avec votre équipe traitante, et il se peut que le traitement soit retardé. Il n'y a pas de risque de poussée de rebond à court terme avec ces traitements immunodépresseurs, et leur effet thérapeutique persiste souvent bien au-delà de 6 mois, si bien qu'un délai de traitement est possible.

Q: J'ai reçu de la cladribine (Mavenclad™) ou de l'alemtuzumab (Lemtrada™). Suis-je immunosupprimé et à risque de la maladie sévère avec la COVID-19?

R: Ceci dépend du temps écoulé depuis votre dernier cycle de traitement, et de votre décompte lymphocytaire. Si votre traitement a été récemment administré et que votre décompte lymphocytaire est sous 0,5, vous êtes alors à risque plus élevé et devriez considérer des mesures accrues de prévention des infections, telles que limiter vos sorties en public et accroître la distanciation sociale, voire être placé en isolement. Rien ne peut être fait pour accroître votre décompte lymphocytaire; seul le temps aide.

Q: Je suis sur le point de débiter un traitement. Devrais-je attendre?

R: Si vous êtes sur le point de débiter un traitement immunodépresseur (alemtuzumab, ocrelizumab, rituximab ou cladribine), vous pourriez envisager d'attendre jusqu'à ce que le plus gros de la pandémie soit passé, particulièrement pour la cladribine et l'alemtuzumab, qui peuvent causer une immunosuppression significative pour plusieurs mois. Toutefois, le degré d'activité de votre SP doit être aussi considéré, vu qu'une poussée entraîne aussi un risque significatif. Vous devriez discuter de cela avec votre équipe traitante.

Réseau canadien des cliniques de sclérose en plaques - Foire aux questions pour les gens atteints de sclérose en plaques (SP) - Pandémie de COVID-19

Résumé des traitements modificateurs de la maladie

Acétate de glatiramer (Copaxone™, Glatect™): continuer, même en présence de COVID-19 confirmé

Interferon beta (Avonex™, Betaseron™, Rebif™, Plegridy™, Extavia™): continuer, même en présence de COVID-19 confirmé

Tériflunomide (Aubagio™): continuer, même en présence de COVID-19 confirmé

Minocycline: continuer, même en présence de COVID-19 confirmé

Diméthyl fumarate (Tecfidera™): continuer, même en présence de COVID-19 confirmé, sauf si décompte lymphocytaire >0.5 – dans ce cas, suspendre jusqu'à ce que les lymphocytes soient >0.7

Natalizumab (Tysabri™): continuer, même en présence de COVID-19 confirmé

Fingolimod (Gilenya™, génériques): continuer; contactez votre équipe traitante si vous avez des symptômes grippaux ou avez reçu un test positif pour la COVID-19

Cladribine (Mavenclad™): précautions supplémentaires si décompte lymphocytaire <0.5; envisager de retarder le début du traitement. A discuter avec votre équipe traitante.

Alemtuzumab (Lemtrada™): précautions supplémentaires si décompte lymphocytaire <0.5; envisager de retarder le début du traitement. A discuter avec votre équipe traitante.

Rituximab (Rituxan™), Ocrelizumab (Ocrevus™): continuer; retarder infusion à discuter si COVID-19 positif, si symptômes grippaux ou si contact proche COVID-19 positif.