

RECOMMANDATIONS DU RÉSEAU CANADIEN DES CLINIQUES DE SP (RCCSP) RELATIVES À LA COVID-19

Introduction

Le Réseau canadien des cliniques de SP (RCCSP) a pour mandat d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaques (SP). Pour obtenir de l'information à jour destinée aux Canadiens vivant avec la SP, veuillez consulter le guide intitulé « Recommandations à l'intention des personnes qui vivent avec la SP concernant les vaccins contre la COVID-19 », publié par la Société canadienne de la sclérose en plaques ([lien](#)).

Le RCCSP, ses partenaires et la collectivité de la SP ont pour responsabilité partagée de contribuer au ralentissement de la propagation de la pandémie de COVID-19. Or, l'administration de vaccins sûrs et efficaces contre cette maladie nous rapproche de l'éradication de la pandémie.

Vaccination contre la COVID-19 et innocuité dans le contexte de la SP

Actuellement, deux vaccins à ARNm contre la COVID-19 (proposés par Pfizer-BioNTech et Moderna) ont été approuvés au Canada. Ces vaccins semblent être très efficaces pour prévenir l'infection par le virus de la COVID-19 chez les personnes en bonne santé, bien qu'on ne connaisse pas encore la durée de la protection qu'ils confèrent contre cette maladie. L'efficacité des vaccins contre la COVID-19 – actuellement offerts ou à venir – chez les gens qui vivent avec la SP n'a pas encore été établie, notamment en ce qui concerne les personnes qui prennent un médicament modificateur de l'évolution de la SP (MMÉSP).

L'innocuité (absence de danger) de la vaccination contre la COVID-19 chez les gens qui ont la SP est également inconnue, car les personnes atteintes d'une maladie auto-immune telle que la SP étaient, pour la plupart, exclues des deux essais cliniques menés sur les vaccins actuellement offerts. À ce jour, toutefois, aucune donnée empirique et aucune préoccupation importante d'ordre théorique ne sont venues remettre en question l'innocuité des vaccins à ARNm chez les personnes qui ont la SP. Par ailleurs, on ne dispose d'aucun élément convaincant permettant d'affirmer que des vaccins antérieurs ont déjà causé l'apparition de la SP ou déclenché des poussées de SP. En conséquence, il n'y a aucune raison de croire qu'il en sera autrement en ce qui concerne les vaccins à ARNm.

Le RCCSP est d'avis que la vaccination complète contre la COVID-19 (administration des deux doses en ce qui a trait aux vaccins approuvés au Canada) doit être envisagée pour toutes les personnes atteintes de SP, surtout celles qui sont exposées à un risque accru d'infection par la COVID-19 en raison de facteurs de risque tels que l'âge, l'obésité, la comorbidité (présence de maladies concomitantes) ou l'origine ethnique. Cette recommandation concerne également les femmes enceintes ou allaitantes. Les personnes atteintes de SP doivent aborder cette question avec leur médecin, qui pourra évaluer les risques et les bienfaits potentiels de la vaccination dans leur cas.

La position du RCCSP concorde avec les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) du Canada, qui formule des conseils en matière de vaccination à l'intention de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les effets secondaires associés aux deux vaccins à ARNm approuvés contre la COVID-19 au Canada sont courants, mais légers ou modérés, et durent de quelques heures à quelques jours. Jusqu'à 15 % des personnes ayant reçu la deuxième dose de vaccin peuvent présenter de la fièvre, qu'il convient de traiter par un antipyrétique (acétaminophène de préférence) pour éviter l'accentuation des symptômes de SP ou la survenue d'une pseudo-poussée. Quant à d'éventuels effets indésirables graves associés à ces deux vaccins, il est probable que leur survenue soit rare. Il est vivement recommandé aux professionnels de la santé de rapporter aux fabricants, dans les plus brefs délais, tout épisode grave pouvant être lié à l'administration de ces vaccins. Il importe aussi que les mesures globales de protection sanitaire préconisées par les diverses autorités compétentes en matière de santé publique au pays continuent d'être appliquées après la vaccination, puisqu'il s'écoule un certain temps avant que les vaccins génèrent une protection immunitaire (lien vers le site de Santé Canada – mesures de sécurité à suivre par le public en contexte de pandémie).

Vaccination et traitement contre la SP

Chez les personnes atteintes de sclérose en plaques, la vaccination contre la COVID-19 ne doit pas interférer de façon importante avec le plan de traitement contre la SP qui leur a été prescrit. Planifier la vaccination de sorte qu'elle soit administrée au moment où le nombre maximal de lymphocytes est atteint n'est pas toujours possible, et il importe probablement davantage de se faire vacciner lorsqu'on en a la possibilité.

En l'absence de données précises, ce sont des considérations théoriques et des opinions d'experts relatives au traitement de la SP et à la vaccination contre la COVID-19 qui ont servi de base aux recommandations suivantes, lesquelles sont très semblables à celles qui ont été adoptées dans d'autres pays. Au fur et à mesure que seront publiées de nouvelles données sur l'innocuité des MMÉSP dans le contexte de la COVID-19 ou en lien avec la vaccination contre celle-ci, le RCCSP révisera ses recommandations.

Les médicaments injectables classiques (interférons et acétate de glatiramère), les médicaments oraux de première intention (térfunomide [Aubagio] et diméthylfumarate [Tecfidera]) et le natalizumab [Tysabri] n'altèrent pas de manière significative la réponse immunitaire à la suite de l'administration de vaccins classiques, et on ne s'attend pas ce que ces médicaments entravent la réponse immunitaire en cas de vaccination contre la COVID-19. Par conséquent, il n'est pas recommandé de modifier les doses de ces médicaments en prévision de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19. Si le vaccin est administré avant que le traitement soit amorcé, la prise du médicament ne doit pas être reportée. (* La plupart des personnes qui prennent du diméthylfumarate présentent un taux de lymphocytes normal, mais d'autres peuvent avoir un compte de lymphocytes réduit et devoir, de ce fait, consulter leur neurologue.)*

Les antagonistes des récepteurs de la SIP (fingolimod [Gilenya], siponimod [Mayzent] et ozanimod [Zeposia]) ont probablement pour effet de réduire la réponse immunitaire que doivent générer les vaccins et, par là même, l'efficacité de ces derniers. En vue de l'optimisation de la réponse immunitaire à la suite de la vaccination, les personnes traitées par un antagoniste des

récepteurs de la S1P doivent recevoir les deux doses d'un des vaccins contre la COVID-19 approuvés au Canada. On ne recommande aucune modification quant aux doses de l'antagoniste des récepteurs de la S1P à administrer en vue de la vaccination contre la COVID-19. Si le vaccin est administré avant le début du traitement, un report de quatre semaines est recommandé.

Les médicaments qui entraînent une déplétion lymphocytaire (cladribine [Mavenclad] et alemtuzumab [Lemtrada]) doivent être employés avec précaution durant la pandémie en raison des risques théoriques d'infection associés à la phase de déplétion cellulaire qu'ils provoquent. On croit que la reconstitution cellulaire permet une réponse adéquate aux vaccins à partir de six mois après le cycle de traitement annuel de chacun des médicaments. Une attente de trois mois après un cycle de traitement pourrait être acceptable si le taux de lymphocytes est revenu près des normales. On peut en outre envisager de retarder le cycle de traitement suivant en vue de l'optimisation de la réponse au vaccin, selon l'activité de la SP. Si l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 a été effectuée avant l'instauration d'un traitement par la cladribine ou l'alemtuzumab, on recommande d'attendre quatre semaines avant de commencer le traitement envisagé.

Les médicaments injectables par voie intraveineuse qui ciblent la protéine CD20 (ocrélizumab [Ocrevus] et rituximab [Rituxan]) sont les seuls médicaments contre la SP pour lesquels des données semblent indiquer une susceptibilité accrue à la COVID-19 et un risque supérieur de maladie grave lié à cette affection. Chez les personnes atteintes de SP traitées par l'un ou l'autre de ces médicaments, la vaccination doit être envisagée de préférence le plus tard possible après la dernière perfusion de l'ocrélizumab ou du rituximab (soit de quatre à six mois après celle-ci), et la perfusion suivante du médicament doit être prévue au moins quatre semaines après l'injection de rappel du vaccin (deuxième dose). Si l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 a été effectuée avant l'instauration d'un traitement par l'ocrélizumab ou le rituximab, on recommande d'attendre quatre semaines avant de commencer le traitement envisagé.

Le médicament injectable par voie sous-cutanée qui cible la protéine CD20 (ofatumumab [Kesimpta]) n'a été approuvé que dernièrement par Santé Canada. Ainsi, en raison de la quantité limitée de données sur ce produit, de même que sur la COVID-19 et la réponse aux vaccins contre la COVID-19, il pourrait être prudent d'envisager un autre médicament ou de retarder l'instauration d'un traitement par l'ofatumumab en ce moment. Si un vaccin contre la COVID-19 est administré avant que soit amorcé le traitement, on recommande de reporter de quatre semaines le début du traitement par l'ofatumumab. Si toutefois un traitement par l'ofatumumab a déjà été amorcé au moment de l'admissibilité à la vaccination contre la COVID-19, on doit envisager l'administration du vaccin quatre semaines après l'injection sous-cutanée de l'ofatumumab (omission d'une dose d'ofatumumab), puis la reprise du traitement injectable quatre semaines après la seconde dose du vaccin.

L'administration de fortes doses de corticostéroïdes pour le traitement des poussées [prednisone ou méthylprednisolone] ne doit être envisagée qu'en cas de besoin. Une attente de trois à cinq jours après la dernière dose de corticostéroïdes est jugée raisonnable avant l'administration du vaccin.

31 janvier 2021 (5^e version)

/FGM