

Mise à jour des recommandations du GETAID sur COVID-19 et vaccination chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)

Au 1^{er} février 2022, plus de 19 millions de personnes ont été touchées par la COVID-19 occasionnant plus de 129 000 décès en France. La COVID-19 est une maladie liée à l'infection par le coronavirus SARS-CoV-2, qui peut être responsable d'un syndrome grippal voire dans certains cas d'un syndrome de détresse respiratoire menant au décès.

De nombreux patients atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ont été atteints par la COVID-19. Le taux de contamination ne semble pas différent de celui de la population générale. En dehors des corticoïdes oraux, les autres traitements des MICI que sont les immunosuppresseurs, les biothérapies et/ou les inhibiteurs de Janus kinase ne semblent pas associés à un sur-risque de développer une forme sévère de COVID-19.

1- Vaccination

Deux vaccins à ARN messager (Pfizer-BioNTech et Moderna), deux vaccins viraux vectorisés (Astra-Zeneca et Janssen) et un vaccin antigénique (Novavax) sont désormais accessibles en France. Contrairement à certaines idées reçues, des vaccins de ce type sont étudiés depuis plus de 20 ans et ont déjà été utilisés dans la lutte contre d'autres infections virales. De ce fait, avec un bon recul, aucun élément ne permet de considérer qu'il existerait un sur-risque lié à l'utilisation de ces vaccins y compris chez les patients traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou inhibiteur de Janus Kinase. Les effets secondaires du vaccin sont le plus souvent limités à une réaction locale au niveau du point d'injection et/ou à des symptômes pseudo-grippaux. Il n'y a, à ce jour, aucun élément suggérant que la vaccination pourrait favoriser la survenue de poussées de MICI ou aggraver une poussée en cours. Il n'y a donc pas de contre-indication à proposer de vacciner un patient même s'il est en poussée de la maladie.

En conséquence, le GETAID, en accord avec la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE) et les recommandations internationales des autorités sanitaires, recommandent à tous les patients atteints de MICI, considérés comme immunodéprimés, qui n'ont pas d'allergie connue aux vaccins, de se faire vacciner contre le SARS-CoV-2 en utilisant un vaccin à ARNm.

Dans la population générale, un schéma vaccinal bien mené permet de protéger de façon durable et à plus de 90 % contre les formes sévères (nécessitant une hospitalisation) de la COVID-19. Les schémas vaccinaux sont constitués d'une primovaccination pour déclencher la protection immunitaire suivi de rappels (ou boost vaccinal) permettant de maintenir la protection.

- Primovaccination : La primovaccination est habituellement constituée par 2 doses de vaccin, une seule dose en cas d'antécédent d'infection à la COVID.

Des études suggèrent que les patients immunodéprimés pourraient avoir une immunité vaccinale moins forte que la population générale. **En conséquence, il est recommandé pour les patients traités par azathioprine ou méthotrexate ou par chimiothérapie associée à une lymphopénie (<500/mm³) ou par l'association de deux traitements immunosuppresseurs, d'être vacciné avec un vaccin à ARNm et de recevoir 3 doses de vaccin au lieu de 2 pour la primovaccination, avec un intervalle de 4 semaines entre les injections (2 doses en cas d'antécédent d'infection).** Pour les personnes recevant un immunosuppresseur n'entrant pas dans les catégories précitées ou atteintes d'un déficit immunitaire primitif, un schéma vaccinal à 2 ou 3 doses sera à discuter au cas par cas.

- Boost vaccinal/Rappel : Quel que soit le schéma de primovaccination (2 ou 3 doses) et en l'absence de survenue d'une infection à SARS-COV2 depuis la dernière dose reçue, un rappel vaccinal devra être effectuée dès le 3^e mois (au plus tard au 7^{ème} mois) après la dernière dose du schéma initial ou après la dernière infection à la COVID-19 si elle est survenue dans l'intervalle.

De rares cas de thromboses vasculaires ont été rapportés chez des patients jeunes (moins de 55 ans) ayant été vaccinés par les vaccins viraux vectorisés (Astra Zeneca, Janssen). Le taux d'incidence de ces événements n'est pas augmenté mais le lien de causalité entre les phénomènes de thrombose et ces vaccins sont toujours à l'étude. De ce fait il a été recommandé de n'utiliser ces vaccins que chez les adultes de plus de 55 ans.

2- Traitement

Il n'est pas recommandé d'interrompre ou de reporter la mise en place d'un traitement immunomodulateur dès lors que cela est justifié pour la prise en charge d'une MICI, bien qu'une vaccination contre le SARS-CoV-2 soit recommandée avant l'introduction d'un tel traitement.

En cas d'infection chez un patient sous traitement immunosuppresseur, il est recommandé de suspendre le traitement au moins 7 à 10 jours et le reprendre à la résolution des symptômes. Les traitements antiviraux, qu'ils soient préventifs ou bien curatifs précoces (anticorps monoclonaux, petite molécule), mis à disposition pour prévenir la survenue d'une infection sévère à SARS-COV2 ne sont pas actuellement pas indiqués en systématique chez les patients atteints de MICI. Ils seront à discuter au cas par cas en fonction des traitements en cours et des autres comorbidités.

Vaccinées ou non, nous rappelons à toutes les personnes lisant ces recommandations que la vaccination contre le SARS-CoV-2 ne doit pas s'accompagner d'un relâchement des mesures barrières qui permettent de freiner la progression de l'épidémie en particulier chez les patients sous traitement immunomodulateur.

Pour le GETAID : Prs Aurélien AMIOT, Guillaume BOUGUEN, Arnaud BOURREILLE, Yoram BOUHNIK, David LAHARIE, Laurent PEYRIN-BIROULET et l'EDU-COM