

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

Préambule

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 et Canadiennes vivant avec la SP, veuillez consulter la page intitulée « [Recommandations à l'intention des personnes qui vivent avec la SP concernant les vaccins contre la COVID-19](#) » sur le site Web de SP Canada.

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

De multiples 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. Or, la durée de la protection qu'ils confèrent contre cette maladie peut dépendre du variant en cause et de la période s'étant écoulée depuis l'administration du dernier vaccin contre la COVID-19, entre autres facteurs.

Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes qui ont la SP, y compris celles qui suivent un traitement contre la SP (Blanco et coll., *Neurology*, 2023). Les vaccins contre la COVID-19 peuvent être administrés en même temps (c'est-à-dire le même jour) que d'autres vaccins non liés à la COVID-19. Soulignons également que la vaccination contre la COVID-19 ne cause pas la SP et n'entraîne pas non plus l'aggravation de cette maladie (Zanetta, Rocca et Filippi, *Rev Clin Immunol*, 2022; Stephanou et coll., *Mult Scler*, 2023).

Le RCCSP est d'avis que la vaccination complète contre la COVID-19 doit être envisagée pour toutes les personnes atteintes de SP (enfants et adultes), du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) ou de la maladie associée aux anticorps (Ac) anti-glycoprotéine myélinique oligodendrocytaire (maladie associée aux Ac anti-MOG). Cette recommandation s'applique également aux femmes enceintes ou allaitantes et aux enfants; les personnes concernées doivent aborder la question de la vaccination avec leur médecin, qui pourra évaluer les risques et les bienfaits potentiels 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 vaccins approuvés contre la COVID-19 au Canada sont courants, mais légers ou modérés, et durent de quelques heures à quelques jours. Jusqu'à 15 p. 100 des personnes peuvent présenter de la fièvre après avoir reçu un vaccin contre la COVID-19, 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 aux vaccins à ARNm, 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 (Santé Canada – [mesures de sécurité à suivre par le public en contexte de pandémie](#)). Il est notamment recommandé de porter un masque bien ajusté dans les situations où le risque d'exposition à la COVID-19 est élevé (p. ex. lors de rassemblements en grand nombre, particulièrement ceux qui se tiennent à l'intérieur, à l'occasion de rendez-vous médicaux, lorsqu'on prend soin d'une personne symptomatique).

Vaccination et traitement contre la SP

En cas de SP, la vaccination contre la COVID-19 ne doit pas interférer avec le plan de traitement contre la SP qui a été prescrit. Comme il n'est pas toujours possible de planifier la vaccination tout en tenant compte de l'administration des médicaments contre la SP, il importe probablement davantage de se faire vacciner lorsqu'on en a la possibilité. Les données dont on dispose indiquent que la réponse aux vaccins chez les personnes atteintes de SP traitées par un MMÉSP, quel qu'il soit, peut être mesurée (par le taux d'anticorps ou d'autres cellules immunitaires) et qu'il n'est pas nécessaire d'interrompre ou de reporter l'administration des MMÉSP en prévision de la vaccination.

Les recommandations suivantes, semblables à celles de la plupart des pays, ont été fondées sur des données du monde réel recueillies auprès de personnes atteintes de SP qui ont eu la COVID-19, relatives à la vaccination contre la COVID-19 et issues de la recherche sur les effets de la vaccination sur les personnes atteintes de SP, de même que sur les avis de spécialistes quant au traitement de la SP et à la vaccination contre la COVID-19. 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.

Le fait qu'une personne a la SP ne signifie pas qu'elle souffre d'immunosuppression. Soulignons toutefois que certains MMÉSP peuvent entraîner une immunosuppression :

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 bon nombre peuvent avoir un compte de lymphocytes réduit. On recommande aux personnes traitées par ce médicament de consulter leur neurologue.) En outre, le diméthylfumarate et le natalizumab peuvent tous deux altérer le système immunitaire et accroître le risque d'une infection opportuniste telle que le zona et une infection par le virus JC (à l'origine de la leucoencéphalopathie multifocale progressive [LEMP]).

Les antagonistes des récepteurs de la S1P (fingolimod [Gilenya], siponimod [Mayzent] et ozanimod [Zeposia]) ont probablement pour effet de réduire la production d'anticorps que doivent générer les vaccins. Or, globalement, la vaccination répétée semble entraîner une réponse immunitaire adéquate, et on ne relève pas de taux élevés d'infection post-vaccinale par la COVID-19 chez les personnes traitées par ce type de médicaments.

Médicaments entraînant une déplétion lymphocytaire :

Par définition, tous les médicaments énumérés ci-dessous sont immunosuppresseurs puisqu'ils entraînent une réduction du taux de certaines cellules immunitaires.

Alemtuzumab (Lemtrada). Doit être employé avec précaution durant la pandémie en raison des risques théoriques d'infection associés à la phase de déplétion cellulaire qu'il provoque. On croit que la reconstitution cellulaire permet une réponse adéquate aux vaccins à partir de six mois après chacune des deux séries annuelles de traitement. 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, on recommande d'attendre au moins deux semaines avant de commencer le traitement envisagé. Toute personne devrait établir avec son fournisseur de soins de santé le calendrier d'administration qui lui conviendra le mieux.

Cladribine (Mavenclad). Une personne qui s'apprête à amorcer un traitement par le Mavenclad devrait envisager d'être adéquatement vaccinée* de deux à quatre semaines avant de commencer à prendre ce médicament. Quant aux personnes qui suivent déjà un traitement par le Mavenclad, les données limitées dont on dispose actuellement ne donnent pas à penser que le fait de coordonner l'administration des doses du vaccin contre la COVID-19 avec celle de ce médicament pourrait avoir un effet significatif sur la réponse vaccinale. Les personnes qui prennent du Mavenclad ne semblent pas présenter un risque accru de maladie pseudo-grippale ou d'infection des voies respiratoires supérieures par rapport à la population générale. L'administration d'un vaccin contre la COVID-19 pourrait, dans le cas de ces personnes, importer davantage que la coordination entre la vaccination et leur traitement par le Mavenclad. Si une personne est en voie d'amorcer l'une des phases de son traitement par le Mavenclad, elle devrait, dans la mesure du possible, attendre d'être adéquatement vaccinée* depuis au moins deux semaines avant d'entreprendre cette phase du traitement. Toute personne devrait établir avec son fournisseur de soins de santé le calendrier d'administration qui lui conviendra le mieux.

Agents ciblant la protéine CD20 : ocrélizumab (Ocrevus) et rituximab (Rituxan), médicaments injectables par voie intraveineuse, et ofatumumab (Kesimpta), médicament injectable par voie sous-cutanée. Ce 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 (toutefois, le nombre de personnes touchées par ce type de complication demeure faible). De nouvelles données portent à croire, cependant, qu'une réponse adéquate à la vaccination peut être obtenue, et ce, que celle-ci soit coordonnée ou non avec l'administration du traitement.

Corticostéroïdes à fortes doses pour le traitement des poussées [prednisone ou méthylprednisolone]. Ce type de traitement ne doit être envisagé qu'en cas de besoin. Les personnes concernées doivent consulter leur équipe soignante pour déterminer le calendrier de la vaccination qui leur conviendra le mieux par rapport à la survenue d'une poussée et au traitement de celle-ci par des corticostéroïdes.

PAXLOVID (Nirmatrelvir/Ritonavir). Le Paxlovid est fortement recommandé aux personnes atteintes de SP qui ont contracté la COVID-19 et qui ont plus de 60 ans; qui reçoivent un médicament entraînant une immunosuppression; ou qui ne sont pas adéquatement vaccinées contre la COVID-19. Les recommandations en lien avec ce médicament sont liées à l'âge et aux médicaments, mais il y a des exclusions. Pour une efficacité optimale, le traitement par le Paxlovid doit être instauré dans les cinq jours suivant le début des symptômes. Ce traitement est contre-indiqué en cas de troubles rénaux ou hépatiques graves ou d'interactions avec certains médicaments. On peut consulter un pharmacien ou une pharmacienne pour vérifier les interactions possibles avec tout traitement médicamenteux en cours. Aucune donnée ne permet de croire que le Paxlovid entraîne des effets indésirables chez les personnes atteintes de SP ou qu'il interfère avec tout traitement en cours par un MMÉSP.