



Epidémie de Covid-19 Recommandations du CEREVANCE – 01.07.2021

Ces informations peuvent évoluer en fonction des recommandations officielles.

1. Infection Covid-19 & Cytopénies auto-immunes : état des connaissances

Il n'a pas été rapporté d'excès de risque d'être infecté par le SARS-CoV2 ou de développer une forme grave de Covid-19 pour les enfants atteints de cytopénie auto-immune (CAI) : PTI, AHAI, NAI et syndrome d'Evans, par rapport à la population générale de leur âge, à l'exception de certains contextes très rares de déficits immunitaires primitifs pouvant être associé à des CAI.

2. Vaccination anti-Covid-19 & cytopénies auto-immunes

Les centres de référence pour les patients d'âge pédiatrique (CEREVANCE) et pour les patients adultes (CERECAI) considèrent actuellement qu'il n'y a pas de contre-indication à vacciner contre la Covid-19 un patient atteint de CAI et en pratique recommandent la vaccination pour tous les patients âgés de plus de 12 ans au même titre que la population générale.

A noter que les patients sous immunosuppresseurs font partie des « personnes vulnérables » selon le décret 2020-1365 du 10 novembre 2020 de même que les patients splénectomisés. Les patients ayant un déficit immunitaire constitutionnel doivent être de principe systématiquement vaccinés ([lien recommandation CEREDIH](#)).

La vaccination anti-Covid19, pour la population générale, a été évaluée d'abord chez l'enfant de plus de 16 ans et plus récemment chez les enfants de 12 à 16 ans avec à la fois une très bonne efficacité (réponse vaccinale) et un bon profil de tolérance. Les autorités de santé recommandent actuellement une vaccination systématique dans ces tranches d'âge.

La question d'une « poussée » d'une CAI a été discutée comme potentiellement avec tout vaccin. Les données sont encore limitées avec néanmoins des cas de « rechute » rapportés chez des patients adultes atteints de PTI. Les cas nécessitant une intervention thérapeutique sont rares dans l'expérience du CERECAI. Ces « rechutes » quand elles surviennent sont précoces (J3 à J13 du vaccin) ; dans tous ces cas néanmoins la « poussée » de PTI a été ponctuelle avec une très bonne réponse aux traitements classiques donnés en première ligne (corticoïdes ou IgIV) et une normalisation rapide et continue des numérations plaquettaires (*Mingot-Castellano & al, Br J Haematol 2021*).

Les recommandations du CEREVANCE sont donc :

- **De vacciner tous les patients atteints de CAI après discussion avec leur médecin référent qui devra juger de la possibilité d'immunisation effective en fonction des traitements immunosuppresseurs reçus**

- **D'utiliser un vaccin à ARN (PFIZER ou MODERNA) comme recommandé de toute façon pour cette tranche d'âge**
- **De faire une NFS à J8 de l'injection** (en accord avec les données de la littérature) voire plus tôt si le patient présente des signes hémorragiques

NB1 : Sauf patient ayant une tendance hémorragique très marquée la thrombopénie ne contre-indique pas l'injection vaccinale compte tenu des aiguilles utilisées (très fines) et du faible volume injecté.

NB2 : Dans l'hypothèse où un enfant traité pour CAI ne pourrait recevoir une vaccination-Covid-19 du fait d'un traitement immunosuppresseur le médecin référent doit s'assurer que son entourage familial a bien été vacciné.

A noter que la vaccination ne dispense pas de veiller au respect des gestes barrières.

2. Impact de la pandémie sur la prise en charge thérapeutique des patients ayant une CAI

Il n'y a pas d'indication à arrêter un traitement de 2^{ème} ligne en cours et efficace chez un patient.

Chez les patients chez qui on doit mettre en place un traitement il faut prendre en compte que certains traitements peuvent augmenter le risque de formes sévères et peuvent aussi altérer la réponse vaccinale.

Toute indication de vaccination anti-Covid19 sera donc discutée en fonction des traitements reçus.

2.1. Rituximab :

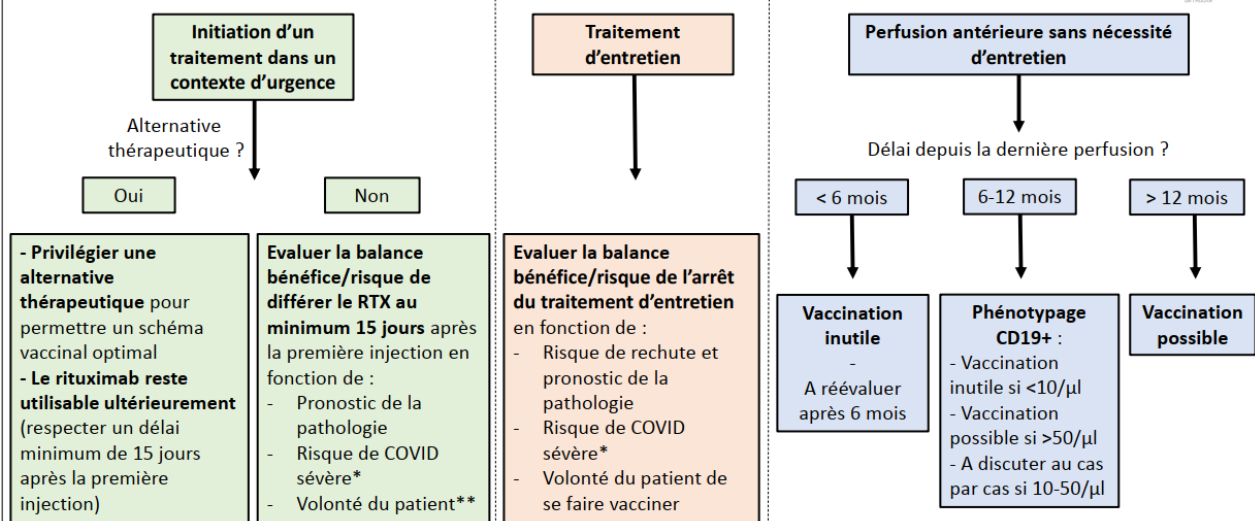
Ce risque de non immunisation après vaccin est particulièrement établi pour le rituximab et a été démontré en particulier pour les vaccins anti-pneumococques et anti-*Haemophilus* (Nazi et al, *Blood* 2013; 122: 1946-53).

Concernant la vaccination anti-Covid19 et le traitement par rituximab des recommandations d'utilisation ont été établies par le CERECAL (Bertrand Godeau, Janvier 2021) et sont applicable à la population pédiatrique (cf. *infra*).

Deux aspects sont à prendre en compte :

- si le patient a déjà reçu une cure de rituximab, et en particulier si elle est assez récente, ses capacités de réponse vaccinale sont très limitées
- si le patient doit être traité par rituximab il est légitime d'essayer de prendre le temps de le vacciner complètement contre la Covid-19 avant la cure (*pour mémoire ceci concerne aussi les autres vaccinations et en particulier les vaccinations anti-pneumococques et anti-méningococques chez un patient qui a éventuellement une indication de splénectomie*)

Vaccination anti-Sars-cov2 et Rituximab prescrit pour une cytopénie autoimmune



* Age > 65 ans, IMC > 30 kg/m², HTA compliquée, diabète, BPCO et insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, cancer actif, transplantation, trisomie 21

** Informer le patient sur l'absence d'efficacité attendue du vaccin durant au minimum 6 mois après le rituximab

2.2. Autres immunosuppresseurs & splénectomie

Au sens strict les patients sous immunosuppresseurs de même que les patients splénectomisés sont des personnes considérées comme à risque vis-à-vis de la Covid-19 (*décret 2020-1365 du 10 novembre 2020*). En pratique les populations à risque semblent être principalement celles des patients adultes traités pour des hémopathies malignes lymphoïdes et les patients allogreffés de façon récente.

En période de pandémie ceci peut néanmoins faire privilégier, quand cela est possible, des traitements de seconde ligne thérapeutiques autres que les immunosuppresseurs comme les agonistes du récepteur à la TPO (eltrombopag ou romiplostim).

En ce qui concerne la splénectomie une étude épidémiologique récente souligne que si elle n'augmente pas le risque de faire une Covid-19, elle pourrait augmenter en revanche le risque combiné d'hospitalisation et de décès ; dans cette étude néanmoins l'excès de risque est limité, statistiquement non significatif, et les auteurs eux-mêmes soulignent qu'ils ne peuvent exclure le rôle de comorbidités associées (*Bojesen & al, Infectious diseases 2021*).

On peut retenir que l'indication de la splénectomie doit donc être prudente de principe en contexte pandémique mais qu'elle reste une option thérapeutique possible en l'absence d'alternative comme souligné par des recommandations faites par des experts du PTI de l'adulte (*Rodeghiero & al, Mediterr J Hematol Infect Dis 2021*).

Rédacteur : Dr. Thierry Leblanc

Relecteurs :

- pour le CEREVANCE : Dr. Nathalie Aladjidi, Dr. Vincent Barlogis, Pr. Guy Leverger, Dr. Marlène Pasquet

- pour le CERCAI : Pr. Bertrand Godeau, Pr. Marc Michel