

Coronavirus (COVID-19): Traitements en cours

La prise d'ibuprofène/AINS est-elle liée à des formes graves de Covid-19 ?

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)/antagonistes de l'angiotensine II (sartans) augmentent-ils le risque et/ou la sévérité de l'infection au covid-19 ?

Les patients sous corticoïdes doivent-ils modifier leur traitement ?

La prise d'ibuprofène/AINS est-elle liée à des formes graves de Covid-19 ?

Différents hôpitaux étrangers (Vienne, Toulouse) auraient mis en garde contre l'utilisation d'ibuprofène dans le contexte actuel. Celui-ci serait à l'origine de formes graves de l'infection, principalement chez les jeunes. Il est difficile de confirmer cela au vu des différents démentis qui ont suivi. Les autorités françaises déconseillent par contre l'utilisation des AINS chez les patients touchés par le SARS-CoV-2.

L'ibuprofène pourrait augmenter l'expression de l'enzyme 2 de conversion de l'angiotensine (ACE2), considérée comme le récepteur et la porte d'entrée du virus dans l'hôte. La conséquence de cette régulation positive n'est pour l'instant pas encore clairement établie.

Dans l'attente de données plus concrètes et vu la contre-indication des AINS en cas de varicelle et le rapport de l'ANSM (Agence nationale française de sécurité du médicament et des produits de santé) datant d'octobre 2019 concernant le possible risque d'aggravation d'infections (bactériennes) chez des patients traités par ibuprofène ou kétoprofène, **il convient d'éviter d'utiliser les AINS comme antipyrétique chez les patients (susceptibles d'être) touchés par le SARS-CoV-2. Il faut privilégier le paracétamol (Adultes : max 3 g/j, Enfants : max. 60 mg/kg/j), premier choix en cas de fièvre. En cas d'indisponibilité du paracétamol, l'ibuprofène reste malgré tout une alternative.**

Pour les patients sous traitement chronique par AINS, une décision doit être prise en concertation avec le médecin. Ces patients ne peuvent pas arrêter leur traitement sans avis médical. Il n'y a actuellement aucun argument en faveur de l'arrêt des traitements par aspirine à faible dose dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire.

L'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) le confirme également. Le signal concernant les AINS comme facteur de risque d'exacerbation de la COVID-19 n'est pas assez fort pour décourager ces médicaments : la communication de l'EMA se trouve ici. Il n'existe actuellement aucune preuve tangible que les AINS présentent des risques

Service Documentation APB ● Date de rédaction : mars 2020 – Update : 19/03/2020

Téléchargement : <https://www.apb.be>

supplémentaires. Toutefois, les données sont également insuffisantes pour être rassurées. Sur cette base, il convient d'être prudent en ce qui concerne l'utilisation des AINS (par exemple l'ibuprofène) chez les patients atteints de COVID-19.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30116-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30116-8/fulltext)

<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/fake-news-zu-ibuprofen-und-covid-19/>

<https://www.cbip.be/fr/articles/3190?folia=3180>

<https://www.cbip.be/fr/qows/3304>

https://www.afmps.be/fr/news/coronavirus_le_paracetamol_reste_le_premier_choix_en_cas_de_fievre_et_de_douleur

<https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatory-covid-19>

Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)/antagonistes de l'angiotensine II (sartans) augmentent-ils le risque et/ou la sévérité de l'infection au covid-19 ?

Ces deux classes de médicaments augmentent l'expression du récepteur du covid-19, l'enzyme 2 de conversion de l'angiotensine (ACE2). Il n'existe cependant aucune preuve scientifique ou clinique de leur effet nocif dans un contexte d'infection au covid-19. Des données animales suggèrent même un effet protecteur de ces classes.

A l'heure actuelle, la Société européenne de cardiologie (ESC) et la Société européenne de l'hypertension (ESH) recommandent de poursuivre les traitements par IECA et sartans.

<https://www.eshonline.org/spotlights/esh-statement-on-covid-19/>

[https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)

Les patients sous corticoïdes doivent-ils modifier leur traitement ?

A l'heure actuelle, il n'y a aucune contre-indication à ce que les patients suivant un traitement chronique par corticostéroïdes oraux ou inhalés le poursuivent. Il est important que les patients veillent, comme d'habitude, à garder sous contrôle leur asthme, BPCO ou toute autre pathologie. Il faut par contre garder à l'esprit que les affections respiratoires et l'immunosuppression sont des facteurs de risque d'évolution grave en cas d'infection par le SARS CoV2 (COVID-19). Un traitement oral par corticostéroïde est considéré comme étant immunosuppresseur si des doses importantes sont prises pendant plus de 14 jours (Adulte : > 10 mg prednisone ou équivalent*/j, Enfants : > 0.3 mg pred. ou équivalent* /kg/j).

*10 mg predniso(lo)ne = 40 mg hydrocortisone = 8 mg méthylprednisolone ou triamcinolone = 1,5 mg bétaméthasone ou dexaméthasone

<https://www.snfge.org/actualite/covid-19-et-pathologies-inflammatoires-chroniques>

Service Documentation APB ● Date de rédaction : mars 2020 – Update : 19/03/2020

Téléchargement : <https://www.apb.be>



Coronavirus (COVID-19)

Traitements en cours

<https://www.europeanlung.org/en/news-and-events/news/covid-19-%E2%80%93-your-questions-answered-by-a-respiratory-expert>

<https://www.health.belgium.be/fr/avis-9158-patients-id-et-vaccination>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>