



Société Française de Médecine du Travail

AVIS

Relatif à l'affectation, dans le contexte de l'épidémie SARS-CoV-2 (Covid-19),
des professionnels exerçant en milieu de soins et travailleurs assimilés,
présentant une pathologie chronique traitée par anti-inflammatoires non stéroïdiens
(AINS)

5 avril 2020

Origine de la question

Suite à une déclaration ensuite démentie (14.03.2020, ministre de la Santé), de survenue de cas graves d'infection par SARS-COV-2 (Covid-19) chez des patients prenant des AINS, la question de considérer la prise d'AINS comme facteur de risque de forme grave s'est posée, en particulier lorsqu'il s'agit d'envisager l'affectation de professionnels en milieu de soin.

Le HCSP rédigeait, en date du 14/03/2020, un avis sur les facteurs de risques de forme grave de l'infection par SARS-COV-2 (Covid-19). Cet avis résumait les facteurs de risque documentés dans la littérature, puis les facteurs présumés, « malgré l'absence de données de la littérature », par analogie notamment avec d'autres infections respiratoires. Dans cet avis la prise d'anti inflammatoires non stéroïdiens (d'AINS) n'a pas été reprise comme facteur de risque.

Dans le cadre de la recommandation SFMT/MTPH du 23/3/2020 concernant les recommandations aux services de santé au travail ayant en charge des personnels soignants dans cette période d'épidémie à SARS-CoV-2, la SFMT ne s'était pas positionnée spécifiquement sur la question de la prise d'AINS.

C'est en ce sens que la SFMT a souhaité compléter sa recommandation générique, concernant la question spécifique des soignants (population considérée comme potentiellement la plus exposée). Par extension, la démarche proposée dans cette recommandation peut s'avérer utile pour évaluer la situation des travailleurs assimilés, à savoir susceptibles d'être en contact direct et rapproché avec des patients COVID-19+ (ambulanciers, sapeurs-pompiers, aides à domicile, etc), voire d'autres catégories de professionnels, selon l'évaluation du médecin du travail.

Éléments pris en compte

Les données de la littérature suggèrent que **les AINS pourraient aggraver certaines infections ou favoriser la survenue de complications infectieuses**. Des cas de complications infectieuses sévères (essentiellement à streptocoque et pneumocoque) à type d'infections des tissus mous (dermohypodermite, fasciite nécrosante, etc.), pulmonaires (pneumopathies, pleurésies, abcès, etc.), neurologiques (empyèmes, abcès...), ORL (cellulites, médiastinites, etc.) ont été observées après des traitements parfois courts (2-3 jours) par des AINS pour des affections bénignes [1].

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) pourraient être associés à une aggravation des symptômes lors de virose ou d'infection bactérienne. **Les mécanismes qui pourraient contribuer à la sévérité des infections ne sont pas clairement identifiés** : le AINS pourraient perturber la résolution du processus inflammatoire agissant en 2 temps : en phase aiguë en limitant le recrutement des polynucléaires neutrophiles au site de l'infection et dans un deuxième temps en limitant la libération des médiateurs jouant un rôle dans la résolution de l'inflammation (effet inhibiteur sur la fonction des phagocytes concourant à une inflammation majorée, augmentation de la production des cytokines inflammatoires (TNF-alpha, interleukine 1 et interleukine 6), une inhibition de la FAAH (hydrolase à sérine, dégradant l'anandamide, l'un des médiateurs du système endocannabinoïde)) [2].

Par ailleurs, il a été rapporté un risque accru d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux chez les patients traités par AINS lors d'épisodes d'infections respiratoires aiguës (effets secondaires déjà connus pour les AINS en dehors de situation d'infection) [4, 5].

A ce jour, nous ne disposons d'aucune étude scientifique ayant évalué le rôle des AINS dans l'aggravation d'une infection à SARS-CoV-2. Si à l'heure actuelle un lien de causalité n'est pas établi, le principe de précaution semble de rigueur chez les patients présentant une infection à SARS-CoV-2 qui suivraient un traitement par AINS [6,7].

En l'état actuel de nos connaissances, les rhumatismes inflammatoires (non compliqués et en dehors des thérapies immunosuppressives) ne font pas partie des maladies chroniques identifiées comme à risque avéré de développer une forme grave d'infection à SARS-COV-2 [8,9].

<p>En l'absence de données cliniques spécifiques, et au vu des données portant sur d'autres situations infectieuses lors de prise d'AINS, une éviction large et systématique des professionnels en milieu de soin ou de travailleurs assimilés, traités par AINS semble donc excessive. Une évaluation au cas par cas est justifiée, afin de proposer une attitude proportionnée</p>

Recommandations proposées par la SFMT concernant les professionnels en milieu de soin ou assimilés qui prennent un traitement pas AINS

Les propositions formulées sont valables à la date de la parution de la recommandation et devront ultérieurement tenir compte de tout élément qui pourrait en modifier le contenu.

A ce jour nous n'avons pas identifié d'étude montrant un risque accru de contracter une infection à SARS-COV-2, ni d'étude montrant une augmentation du risque de développer une forme grave d'infection à SARS-COV-2 chez les patients consommateurs d'AINS, ni chez les patients présentant un rhumatisme inflammatoire chronique. Le risque potentiel justifie cependant la prudence.

1- Concernant la prise d'AINS, les recommandations formulées par différentes sociétés scientifiques (9-13) sont :

a. De manière générale

- En cas de fièvre ou de douleur dans un contexte infectieux, seul le paracétamol est indiqué à la dose maximale de 3 g/j.
- Les personnes qui prennent de l'aspirine ou un AINS au long cours devraient poursuivre leur traitement. S'ils présentent des symptômes de SARS-COV-2, ils doivent consulter leur professionnel de santé.

b. En l'absence d'infection à SARS-COV-2, il est recommandé de :

- Renforcer les mesures barrières chez les personnes sous AINS,
- Ne pas interrompre d'emblée un traitement AINS prescrit au long cours pour une maladie chronique sans avis médical,
- Dans la mesure du possible et si le contrôle des symptômes de la maladie rhumatologique le permet, éviter le recours aux AINS au profit du paracétamol.

c. En cas d'infection au COVID 19, il est recommandé de :

- Contre-indiquer la prise d'AINS,
- Contacter un médecin pour décider de la suite de la prise en charge, notamment vis-à-vis des traitements associés (corticoïdes, hydroxychloroquine, biothérapie, etc.),
- Protéger l'entourage (mesures barrières).

2- Concernant l'affectation des professionnels en milieu de soin ou des travailleurs assimilés qui prennent des AINS :

L'évaluation au cas par cas, par le médecin du travail, s'appuiera, pour l'estimation du facteur de risque personnel de l'agent, sur les 3 points suivants :

- 1. La nature de la pathologie, son niveau d'activité (sévérité, notamment existence d'HTA, d'insuffisance rénale, de pneumopathie interstitielle, ...), le terrain de survenue avec ses comorbidités, ainsi que les antécédents d'infections respiratoires sévères ;**
- 2. La / les molécules utilisées de façon conjointe, ainsi que leurs effets indésirables (en particulier lymphopénie) ;**
- 3. L'évaluation du risque au poste proposé : en particulier le niveau de densité virale, la disponibilité et l'adéquation des protections.**

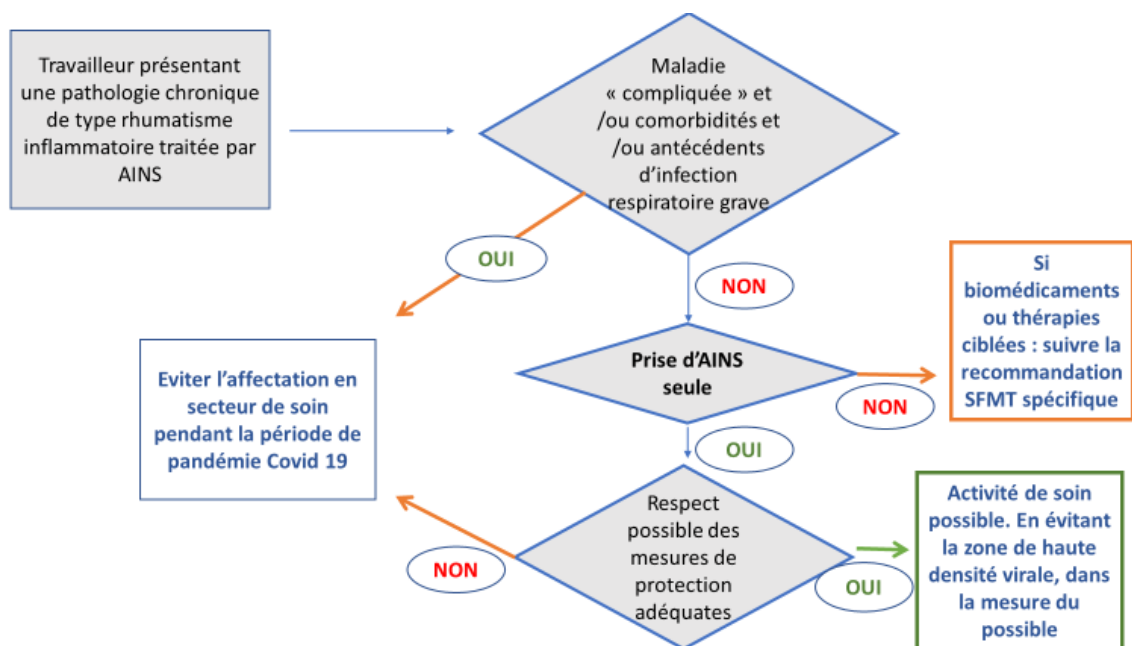
Le logigramme résume les recommandations suivantes :

- Des pathologies telles que des rhumatismes inflammatoires chroniques, isolées, et équilibrées sous traitement anti inflammatoire, ne constituent pas en soi une contre-indication à la poursuite de l'activité en secteur de soin.
- Il est toutefois recommandé de renforcer les mesures barrières.
- Et il est recommandé, dans la mesure du possible, d'éviter l'affectation/le maintien dans une zone de haute densité virale COVID.
- Le maintien de l'affectation en secteur de soin doit tenir compte :
 - de la sévérité de la pathologie nécessitant le traitement AINS (atteinte pulmonaire, cardiovasculaire) et des comorbidités susceptibles d'être des facteurs de risque de forme grave d'infection à SARS-COV-2.
 - des sur-risques liés aux autres traitements (corticoïdes, certaines biothérapies, etc.).

NB : concernant les autres traitements des rhumatismes inflammatoires chroniques

- Le HCSP considère que les personnes prenant un traitement induisant une immunosuppression tel qu'une corticothérapie à dose immunosuppressive (≥ 10 mg/j, ≥ 2 semaines) sont à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2.
- Un avis médical est indispensable pour décider de l'arrêt du traitement de fond du rhumatisme inflammatoire chronique, notamment la colchicine et la corticothérapie, étant donné le risque d'insuffisance surrénalienne aiguë en cas d'arrêt brutal des corticoïdes.
- Un avis relatif à l'affectation des soignants traités par biomédicaments et thérapies ciblées dans le contexte de l'épidémie SARS-COV-2 (Covid-19) est disponible sur le site de la SFMT.

Logigramme résumant la recommandation sur l'affectation des professionnels en milieu de soin ou travailleurs assimilés prenant des AINS :



Principales références

1. <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information>
2. Infections bactériennes graves (de la peau et des tissus mous, pleuro-pulmonaires, neurologiques et ORL) rapportées avec l’ibuprofène ou le Kétoprofène dans le traitement symptomatique de la fièvre ou de douleur non rhumatologique - Rapport CRPV Tours- Marseille (18/04/2019) (2276 ko)
3. Wen YC, Hsiao FY, Chan KA, Lin ZF, Shen LJ, Fang CC. Acute Respiratory
4. Infection and Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Risk of Acute Myocardial Infarction: A Nationwide Case-Crossover Study. J Infect Dis. 2017 Feb 15;215(4):503-509.
5. Wen YC, Hsiao FY, Chan KA, Lin ZF, Shen LJ, Fang CC. Acute Respiratory Infection and Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Risk of Acute Myocardial Infarction: A Nationwide Case-Crossover Study. J Infect Dis. 2017 Feb 15;215(4):503-509.
6. https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/documents/ains_et_covid-19.pdf
7. Little P. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and covid-19. BMJ. 2020 Mar 27;368:m1185. doi: 10.1136/bmj.m1185.
8. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>
9. <https://snmr.org/les-recommandations-pour-faire-face-au-covid-19/>
10. <https://sfr.larhumatologie.fr/actualites/reponse-donner-aux-patients-qui-posent-questions-risque-que-constitue-leur-traitement>
11. <https://drive.google.com/file/d/1aeoYiKmsiVqkGmPhSmwOkfGeZxeibweT/view>
12. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Anti-inflammatoires.pdf
13. https://webmailrc.nordnet.com/?_task=mail&_frame=1&_mbox=INBOX&_uid=96331&_part=2&_action=get&_extwin=1

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, sont susceptibles d’évoluer en fonction de nouvelles données.

Document rédigé par un groupe de travail de la SFMT :

Dr Audrey Petit, Dr Catherine Nisse.

Document validé par le bureau de la SFMT le 06/04/2020.