

SEP, COVID ET VACCINATION



QUESTIONS DU WEBINAR : avant, pendant et après...

Questions en lien avec COVISEP

- 1) Est-ce que les personnes sous anti-CD20 sont plus exposées au risque d'attraper la Covid-19 que les personnes avec les autres traitements ?

Pour le moment, nous ne disposons pas de chiffres qui nous permettent de répondre à cette question de savoir si un traitement pourrait sensibiliser davantage une personne à contracter le virus. Mais à ce jour, nous pouvons répondre non.

- 2) Est-ce que les personnes atteintes de SEP sous traitement sont plus protégées vis-à-vis des formes graves que les personnes sans traitement ?

Il semblerait que les personnes sous traitement (excepté pour les traitements plus incisifs comme le rituximab, l'ocrelizumab, la cladribine ou l'alemtuzumab) aient un risque équivalent de faire une forme grave aux personnes sans traitement.

- 3) Les interférons administrés pour les traitements de la SEP sont-ils protecteurs, au moins partiellement, contre la COVID ?

Les traitements par interférons ou Copaxone ne protègent pas contre les formes graves mais semblent diminuer le risque.

- 4) Est-ce que les personnes de moins de 50 ans, sans autre comorbidité (surpoids, diabète...) et sous anti-CD20 sont plus à risque de développer une forme grave qu'une personne non atteinte de SEP ?

Les données recueillies dans les différents registres (français, italien et américain soit 720 + 844 + 1 626 patients SEP COVID positifs) montrent que les traitements anti-CD20 augmentent le risque de faire une forme grave de COVID-19.

- 5) Quels sont les risques pour les personnes atteintes de SEP en cas de contamination par la COVID ?

Aucune donnée spécifique suggère que les risques sont différents pour les personnes atteintes de sclérose en plaques par rapport à la population générale.

- 6) Lors d'une infection par la COVID, les personnes atteintes de sclérose en plaques ont-elles des symptômes différents par rapport à la population générale ?

Non, les symptômes sont les mêmes que ceux de la population générale. Le symptôme le plus fréquent est la fatigue. Puis arrive la toux, la fièvre, maux de tête, troubles du goût et de l'odorat, la dyspnée, les troubles digestifs et les vertiges.

SEP, COVID ET VACCINATION



En revanche, nous avons pu observer que les personnes qui ne présentent pas de forme sévère avaient plus fréquemment des maux de tête et des troubles du goût et de l'olfaction, alors que les personnes qui évoluaient vers une forme grave présentaient plus fréquemment de la fièvre et des difficultés respiratoires.

7) Existe-t-il des séquelles différentes de celles de la population générale lorsqu'une personne SEP est contaminée par le virus ?

Sur les données issues de l'étude COVISEP, la réponse est plutôt non au sens des formes graves donc avec des séquelles liées au COVID.

Ensuite, les symptômes liés au COVID telles que la fièvre et la fatigue ne vont pas aggraver la maladie au sens de son évolution mais peuvent transitoirement aggraver un certain nombre de symptômes, par exemple les troubles de la marche, de la sensibilité, la raideur au niveau des jambes, pour lesquels nous savons qu'ils sont sensibles à des facteurs internes et externes mais qui ne sont pas spécifiques au COVID.

Donc la période de « phase COVID » chez un patient sclérose en plaques peut accentuer certains symptômes liés aux signes du COVID mais sans impacter l'évolution de la maladie.

8) En cas de contamination par le virus, faut-il continuer les traitements ?

La réponse est oui et pour 2 raisons :

- la 1^{ère} est liée au fait que la majorité des traitements n'est pas associée au risque de faire une forme plus grave de COVID ;
- la 2^{ème} est liée au fait que l'arrêt de certains traitements comme le Gylénia® ou le Tysabri® peut entraîner une réactivation de la maladie, appelé « effet rebond », c'est-à-dire que la maladie va reprendre une activité inflammatoire qui peut même être supérieure à ce qu'elle était antérieurement. Donc, surtout, ne pas interrompre les traitements à partir du moment ils n'impactent pas le risque de faire une forme grave de COVID alors que l'arrêt pourrait être responsable d'une aggravation de la maladie avec une reprise des poussées ou d'une activité inflammatoire.

Donc, il ne faut pas arrêter les traitements.

SEP, COVID ET VACCINATION



Questions en lien avec la vaccination

9) Comment savoir si je suis prioritaire pour la vaccination en fonction de mon traitement, mon âge et mes éventuelles comorbidités ?

Voir le tableau ci-dessous.

Recommandations établies au 01 Avril 2021

Priorités vaccinales anti-COVID 19 pour les personnes atteintes de SEP

Traitement pris	18 – 49 ans		50 – 74 ans		75 ans et plus	
	Absence de comorbidités	Présence de comorbidités	Absence de comorbidités	Présence de comorbidités	Absence de comorbidités	Présence de comorbidités
Pas de traitement	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Interférons (Bétagéron, Rebif, Extavia, Plégridy)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Acétate de glatiramère (Copaxone)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Natalizumab (Tysabri)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Fingolimod (Gylénia)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Diméthyl Fumarate	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Teriflunomide (Aubagio)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Mitoxantrone (Elsep)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Cyclophosphamide	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Métotrexate	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Ponesimod*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Siponimod*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Azathioprine*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Mycophénolate*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Ozanimod*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Rituximab (anti-CD20)	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Ocrelizumab (Ocrevus) (anti-CD20)	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Ofatumumab* (anti-CD20)	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Tocilizumab*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Eculizumab*	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Alemtuzumab (Lemtrada)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire
Cladribine (Movenclad)	Non prioritaire	Non prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire	Prioritaire

*Traitements en phase d'essai clinique

SEP, COVID ET VACCINATION



10) Quand un patient est prioritaire, quelle démarche doit-il effectuer ?

Le plus simple est de se rapprocher de son neurologue ou de son médecin traitant. Il est possible aussi de contacter les centres municipaux, mais les files d'attente ne sont pas recommandées, même avec un masque.

11) Est-ce qu'un patient SEP peut choisir le vaccin qu'il souhaite recevoir ? Peut-il refuser un vaccin ?

La vaccination n'est pas obligatoire, donc toute personne peut refuser, mais elle ne peut pas choisir car le Ministère de la Santé a établi des priorités en fonction de l'âge et des comorbidités.

12) Faut-il privilégier un vaccin plutôt qu'un autre selon les traitements ? La forme de la maladie ? L'âge ? Les comorbidités ? Pourquoi ?

Aucun vaccin n'est à privilégier en cas de sclérose en plaques. Les recommandations sont les mêmes que celles pour la population générale. Les personnes à très haut risque de forme grave de COVID sont les personnes ayant une sclérose en plaques ou une maladie du spectre des NMO sous anti-CD20 ou corticothérapie prolongée.

Voir le site du Ministère : <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/article/la-strategie-vaccinale-et-la-liste-des-publics-prioritaires>

13) Existe-t-il des contre-indications pour les différents vaccins ?

Il n'existe pas de contre-indications médicales aux vaccins à ARNm sauf si la personne a une susceptibilité ou une allergie très particulière à une molécule appelée « polyéthylène glycol ». Mais toute personne allergique à cette molécule ne peut l'ignorer.

Concernant l'Astra Zeneca, il n'existe pas de contre-indication dans l'absolu.

14) Faut-il respecter le délai entre les 2 injections comme préconisé pour la population générale ou faut-il modifier ce délai chez les patients SEP ?

Non, il ne faut pas modifier le délai. La seule particularité qui pourrait entraîner une modification serait l'administration d'un traitement ou la survenue d'une contre-indication. Pour le Moderna, le délai est compris entre 21 et 28 jours, pour le Pfizer, le délai est de 28 jours et pour l'Astra Zeneca, il est de 3 mois.

Donc, le seul motif pour décaler la 2^{ème} injection serait la survenue d'un effet indésirable.

15) Lorsque la maladie est très active, faut-il privilégier un vaccin ?

Non.

SEP, COVID ET VACCINATION



16) A quel moment faire la vaccination par rapport à un traitement injectable ? Notamment par rapport aux injections de Tysabri ou d'Ocrevus.

Dans le cas des interférons, de la Copaxone® ou du Tysabri®, vous pouvez vous faire vacciner à tout moment, il n'existe pas d'ajustement avant ou pendant le traitement. Bien-sûr, il n'est pas recommandé de faire l'injection du vaccin le même jour que la perfusion de Tysabri®.

Pour les 4 catégories suivantes, il est préférable de mettre à jour tous les vaccins, y compris celui contre la COVID-19 au moins 4 semaines avant le début du traitement. Si les traitements sont déjà initiés, alors il existe des ajustements en fonction des groupes de médicaments.

- Concernant le Gylénia®, le Tecfidéra®, l'Aubagio®, l'Imurel®, le Cellcep®, la Mitoxantrone®, l'Endoxan®, le Metotrexate, le ponesimod, l'ozanimod ou le siponimod, il n'existe pas d'ajustement, vous pouvez vous faire vacciner quand vous le souhaitez sauf le jour de la perfusion pour l'Endoxan®.
- Concernant le Rituximab ou l'Ocrevus®, il est préférable de faire la vaccination entre 2 perfusions, c'est-à-dire à 3 mois de la précédente/future perfusion.
- Dans les maladies du spectre NMO, l'Ofatumumab, le Tocilizumab ou l'Eculizumab, la vaccination doit être faite 1 semaine avant la perfusion mensuelle.
- Pour l'Alemtuzumab ou le Mavenclad®, il faut faire la vaccination au moins 3 mois après la prise de ces médicaments et surtout, au moins 4 semaines avant la nouvelle prise.

17) Est-ce que les préconisations seront les mêmes avec le vaccin Johnson Johnson qui nécessite une seule injection ?

Pour le moment, nous ne pouvons pas répondre car nous sommes en attente de la mise à disposition de ce vaccin et des recommandations afférentes à celui-ci.

18) Si un changement de traitement est envisagé, à quel moment faut-il privilégier la vaccination ?

Il faut privilégier la vaccination avant le changement de traitement. En revanche, il existe des subtilités au niveau des « switches ». Si vous avez un traitement qui ne nécessite pas d'ajustement et que votre neurologue vous propose d'aller vers un traitement où il existe un ajustement, alors il faut vacciner avant le switch. Mais il existe rarement une urgence à changer de traitement. Il est préférable de se prémunir et préserver l'efficacité maximum au vaccin anti-COVID, sauf dans un cas extrême où la maladie serait très agressive.

19) Faut-il respecter un délai entre une poussée et la vaccination ?

Qui dit poussée, dit forte dose de corticoïdes. La recommandation est d'attendre 4 semaines avant de faire la vaccination et ce quel que soit le vaccin.

20) Existe-t-il des examens à faire avant la vaccination ?

Il existe systématiquement une consultation pré-vaccinale durant laquelle le médecin vérifie que la personne n'est pas en poussée, qu'elle n'a pas eu de température ou d'infection dans les 7 jours précédents, notamment.

SEP, COVID ET VACCINATION



Plusieurs ajustements sont faits lors de la consultation pré-vaccinale mais comme pour la population générale.

21) Existe-t-il des comorbidités (ex. BPCO, Asthme, cardiopathies, cancers...) qui, associées à la SEP, interdisent la vaccination ?

Ce sont les mêmes recommandations que la population générale. Il n'existe pas de contre-indication en fonction des comorbidités.

22) Lorsque le taux de lymphocytes est très bas, peut-on prétendre à la vaccination ? Et si oui, faut-il privilégier un vaccin ?

La lymphopénie fait partie des priorités vaccinales y compris celle provoquée par un traitement. Donc, si votre traitement induit une lymphopénie, vous rentrez dans la catégorie des personnes prioritaires quel que soit votre âge.

23) A partir de quel niveau de lymphocytes la lymphopénie s'établit-elle ?

Il existe différents grades de lymphopénie, qu'il serait trop compliqué d'expliquer. Le niveau est déterminé par le neurologue ou l'infectiologue en fonction du parcours du patient. Le médecin fera alors un certificat de priorité vaccinale.

24) Combien de temps faut-il attendre après les différentes injections pour qu'un patient SEP soit protégé et pour quelle efficacité ?

Le délai de protection ne diffère pas de celui de la population générale. Concernant l'efficacité, il faut attendre les données de l'étude COV-POPART qui en cours pour répondre à cette question.

25) Quel positionnement proposez-vous aux patients SEP déjà vaccinés avec l'Astra Zeneca ? Faut-il changer de vaccin après la 1^{ère} dose ? Faut-il se faire revacciner avec un autre vaccin ?

Non, il n'existe pas de recommandation à changer de vaccination ou se faire revacciner.

26) Quelles sont les conséquences si le délai entre la vaccination et la perfusion d'un traitement n'a pas été respecté ?

En cas de perfusion d'un anti-CD20, la réponse vaccinale risque d'être moins efficace, cependant cette donnée est à confirmer avec l'étude COV-POPART qui est en cours.

27) Quelles sont les préconisations concernant la planification de la vaccination par rapport à la perfusion de corticoïdes ?

Il faut attendre 4 semaines.

SEP, COVID ET VACCINATION



28) Lorsqu'une personne SEP a été hospitalisée durant une ou plusieurs semaine(s) avec une oxygénothérapie à cause du COVID, est-il malgré tout nécessaire/utile/prudent de procéder à une vaccination ?

Normalement il faut attendre 3 mois avant la vaccination et réaliser une seule injection, comme la population générale.

29) Existe-t-il un risque de LEMP avec la vaccination ?

Aucune information sur le sujet n'est connue à ce jour.

Questions en lien avec les populations « spécifiques »

30) Est-ce qu'une femme atteinte de SEP et en début de grossesse peut se faire vacciner ?

Des femmes en tout début de grossesse vaccinées contre le COVID ont été rapporté dans les études et aucun signal alarmant n'a été rapporté pour la femme ou le fœtus. Donc, selon les recommandations de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), si une première dose de vaccin a été reçue avant que la grossesse soit identifiée, il n'existe aucune inquiétude à avoir pour la mère et l'enfant à naître. Si la 1^{ère} dose a été bien tolérée, le schéma vaccinal peut être poursuivi.

31) Enceinte de 5 mois et sous traitement (Copaxone), puis-je me faire vacciner ? Quels sont les risques potentiels sur la grossesse et le fœtus ?

La vaccination sera adaptée fonction des recommandations générales et la présence de comorbidités (diabète, âge supérieur à 35 ans, profession exposant à un risque d'infection). Dans ce cas, il faut avoir une discussion avec le médecin traitant et l'obstétricien ou la sage-femme.

32) En prévision d'une future grossesse, dois-je me faire vacciner ?

La grossesse en soi n'est pas prioritaire. Mais la situation doit être discutée en fonction des comorbidités. Les recommandations sont celles de la population générale.

33) Combien de temps après un accouchement peut-on se faire vacciner ? Quel est le risque de poussée ? Faut-il être sous traitement ? Et en cas d'allaitement ?

Il est possible de se faire vacciner pendant la grossesse, donc à ce jour, il n'existe aucune raison de penser que la vaccination puisse avoir un impact sur la maladie. La vaccination peut donc être faite rapidement.

En revanche, nous savons que la période du post-partum peut entraîner une réactivation de la maladie avec la survenue de poussées. Si vous devez reprendre un traitement rapidement après la grossesse, alors il est préférable de faire la vaccination avant de reprendre le

SEP, COVID ET VACCINATION



traitement. Cette décision devra être discutée avec le neurologue. Les données sur l'allaitement sont rassurantes même s'il n'existe pas d'études sur cette question. Cependant, les mécanismes de la vaccination ne suggèrent pas que la vaccination puisse avoir un impact sur l'enfant allaité.

34) Pour les personnes atteintes d'une maladie du spectre des NMO : sont-elles prioritaires ? Quel vaccin privilégier ? Existe-t-il un moment plus opportun ?

Toute personne atteinte de NMO ou d'une maladie du spectre des NMO est considérée prioritaire dès qu'elle est sous traitement et qu'elle a plus de 18 ans. Concernant le type de vaccin, il faut se référer aux recommandations du Ministère de la Santé. Le moment de l'injection doit être fait selon les mêmes règles que celles pour les personnes atteintes de SEP (voir question 16 ou présentation).

35) Femme atteinte de SEP, ménopausée avec un traitement hormonal faut-il se faire vacciner ? Si oui, faut-il privilégier un vaccin ? Existe-t-il une différence selon que nous sommes ou non sous traitement hormonal ?

La ménopause n'est pas considérée à ce jour comme un facteur de vulnérabilité à la COVID, ni l'utilisation d'un traitement hormonal substitutif. C'est l'âge qui sera le facteur primordial puis les comorbidités et les traitements de fond.

36) Connait-on le risque de forme grave chez l'enfant atteint de SEP ou NMO ?

Le risque est extrêmement faible pour les enfants atteints de SEP ou NMO de faire une forme grave de COVID-19.

37) Est-ce que les enfants atteints de SEP ou NMO sont considérés à haut risque de forme sévère ? Est-ce différent selon les traitements ?

Au vu des données nationales et internationales, les enfants atteints de SEP ou NMO ne sont pas à haut risque de forme sévère. Les recommandations seront les mêmes que pour les adultes dès que les données scientifiques seront disponibles.

Questions en lien avec l'étude COV-POPART

38) Avons-nous un retour sur les premières personnes atteintes de SEP vaccinées (en France et dans le monde) ? Si oui, combien, quel est leur profil et leur traitement ?

Pour l'instant nous ne disposons pas d'un registre précis. C'est l'objectif de l'étude COV-POPART qui vient de débiter.

39) Les différents vaccins empêchent-ils d'attraper la COVID ou de développer une forme grave ?

SEP, COVID ET VACCINATION



On avance progressivement dans le temps, la vaccination est récente, donc il faut un certain temps pour obtenir toutes les réponses. La vaccination a bien évidemment pour but de protéger contre le virus et de contracter le virus. Mais il faut attendre plus de données.

40) Les différents vaccins protègent-ils de tous les variants du Covid 19 ?

Nous n'avons pas la réponse complète à cette question. Des études *in vitro* sur les vaccins à ARNm montrent qu'ils sont efficaces sur les 3 principaux variants. Mais depuis ces études, de nombreux variants sont apparus donc il est impossible d'avoir une réponse en temps réel. Concernant l'Astra Zeneca, nous savons qu'il est efficace sur la forme commune et le variant anglais, mais aucune information n'est disponible pour les variants brésiliens et sud-africain.

41) Est-ce que l'efficacité des vaccins varie en fonction du traitement reçu ?

Nous aurons la réponse avec les résultats de l'étude COV-POPART.

42) Quels sont les effets secondaires des différents vaccins chez les personnes atteintes de SEP ? Sont-ils les mêmes après chaque dose ? Sont-ils différents selon le traitement, la forme de la maladie ?

Il faut différencier les vaccins à ARNm de ceux du type Astra Zeneca. La pharmacovigilance recueille tous les effets secondaires. Globalement, l'effet secondaire à redouter avec le Pfizer est le risque allergique au polyéthylène glycol mais qui est extrêmement rare et observé uniquement chez les personnes qui ont déjà fait un choc anaphylactique. A part cet effet, le vaccin est bien toléré avec seulement une douleur au site d'injection et une fièvre plus fatigue pendant 24h. L'Astra Zeneca est associé à une tolérance immédiate moins bonne avec un risque de syndrome grippal dans les 24/48h qui peut aggraver les symptômes de la SEP, comme le phénomène d'Uhthoff. Le risque de thrombose est un risque extrêmement faible, essentiellement chez des personnes très jeunes. Mais des études sont en cours pour vérifier si ce risque est lié au vaccin ou au « hasard ». Il faut retenir que le profil de tolérance de ces vaccins est bon.

43) Les vaccins peuvent provoquer de la fièvre, de la fatigue. Est-ce que cet état grippal ne risque pas de provoquer une poussée ?

Nous n'avons pas à ce jour assez de recul pour donner une réponse précise à cette question, mais il n'existe aucune raison de penser, vu les mécanismes mis en jeu, que les vaccins vont être à l'origine d'une reprise évolutive de la maladie.

44) Les vaccins semblent entrainer des troubles neurologiques. Quel impact sur les personnes atteintes de SEP ?

Les complications neurologiques du COVID sont différentes des symptômes de la SEP. Les infections observées telles que les myélites ou les encéphalites sont dues au virus. L'alerte au début de la pandémie concernait les accidents vasculaires cérébraux (AVC), particulièrement chez les sujets jeunes.

SEP, COVID ET VACCINATION



Donc, il ne faut pas faire d'amalgame entre SEP et complications neurologiques. Evidemment, une personne atteinte de SEP qui fait en plus une complication liée au COVID impactera la maladie mais ce sont 2 éléments totalement indépendants.

45) La vaccination peut-elle entraîner des plaques de démyélinisation ?

Non, aucune étude n'a montré un lien statistique.

46) Est-ce que les vaccins peuvent modifier l'évolution de la maladie à plus ou moins long terme (par exemple, passer de la forme rémittente à la forme progressive) ?

Il faut attendre les données de l'étude COV-POPART.

47) Est-ce que la vaccination peut modifier l'efficacité des traitements ?

Il faut attendre les données de l'étude COV-POPART.

48) Est-ce que les différents vaccins du COVID-19 ne risquent pas de provoquer d'autres pathologies chez les patients atteints de SEP ?

Aucune information n'est disponible à ce jour.

Questions générales

49) Le vaccin contre la fièvre jaune est formellement déconseillé pour les personnes atteintes de SEP. Qu'a-t-il de différent ou de semblable avec les vaccins proposés contre la COVID ?

Ce n'est pas le même type de vaccin. Celui contre la fièvre jaune est un vaccin vivant atténué. Ceux d'Astra Zeneca et de Jansen sont des vaccins à adénovirus non répliquatifs et ceux de Moderna ou Pfizer (Biontech) sont des vaccins à ARNm.

50) Est-ce qu'une personne vaccinée est moins contagieuse pour ses proches ? Si oui, est-ce que les personnes qui vivent avec un patient présentant un haut risque de faire une forme grave de COVID peuvent être prioritaires pour la vaccination ? Si oui, comment faire ?

Les personnes vaccinées sont moins contagieuses même si elles peuvent être porteuses du virus. L'entourage, c'est-à-dire les personnes vivant sous le même toit peuvent avoir un certificat de priorité vaccinale si le patient du fait de son traitement ne peut pas être vacciné de suite. Donc, il est conseillé de vacciner le conjoint (impossible pour les enfants mineurs actuellement) si le patient présente une contre-indication à la vaccination. Mais si le patient a son RDV vaccinal, il ne peut pas demander que son conjoint soit vacciné, celui-ci devra attendre d'être dans la population ciblée.

SEP, COVID ET VACCINATION



51) Est-ce que les vaccins à ARNm peuvent entraîner des modifications au niveau de nos cellules ?

La réponse est non. La seule réponse est la traduction de l'ARNm en protéine qui servira à déclencher la réponse vaccinale. Une fois que l'ARN est traduit, il est dégradé par un système enzymatique et en aucun cas, il ne sera incorporé dans l'ADN de la cellule.

**52) Peut-on mesurer avec une prise de sang l'efficacité du vaccin après la seconde dose ?
Si oui, quels paramètres sont évalués ?**

On peut mesurer la production d'anticorps, mais on ne peut pas évaluer l'efficacité. Les réponses seront apportées par l'étude COV-POPART en cours.

53) Existe-t-il des aliments particuliers (Vitamine D, par exemple) à prendre pour renforcer et protéger le système immunitaire ?

Cela n'a pas été démontré.

**54) Peut-on faire plusieurs vaccins, dont le COVID, lorsque l'on doit changer de traitement ?
Faut-il les faire en même temps ou décaler dans le temps ?**

Il n'existe pas une seule réponse, cela dépend du traitement envisagé, des vaccins, ... il n'existe aucun schéma vaccinal recommandé. A discuter au cas par cas avec le neurologue.

55) Est-il possible d'accéder de façon prioritaire à la vaccination afin de pouvoir reprendre le travail en présentiel ?

Non, cette demande n'est pas considérée légalement comme une priorité. Il est important de d'en parler avec son médecin du travail qui peut éventuellement apporter une solution.

56) Est-ce qu'il faudra, comme le vaccin contre la grippe, recommencer chaque année la vaccination ?

Pour le moment, nous ne pouvons pas répondre à cette question

57) Est-ce qu'à l'occasion des recherches sur la COVID un nouveau vaccin est à l'étude pour soigner définitivement la SEP ?

Il existe une étude qui vise à évaluer l'efficacité thérapeutique d'un vaccin de type ARNm.

58) A-t-on connaissance de la durée de protection qu'offrent les vaccins ?

Non, pas encore.

59) En cas de poussée, le traitement aux corticoïdes est-il tout de même pratiqué malgré le contexte de la COVID ?

Oui, s'il existe une réelle nécessité. Cela dépend de l'intensité de la poussée.

SEP, COVID ET VACCINATION



60) Peut-on trouver des anticorps dans une prise de sang, 4 mois après une suspicion de COVID ?

Les sérologies ne sont pas suffisamment précises.

61) En cas d'infection COVID, l'immunité naturelle est-elle plus ou moins longue selon la sévérité des symptômes ? Existe-t-il une différence selon les traitements de fond ?

La réponse à cette question arrivera avec l'étude COV-POPART en cours

62) Un médecin suédois parle d'effets secondaires tardifs qui provoqueraient une tempête cytokinique. Qu'en pensez-vous ?

Il n'existe aucune donnée publiée à ce jour.