

3. Manifestations cliniques pouvant évoquer une rechute du syndrome de MAT :

Atteinte cérébrale évocatrice de MAT (0/1)	<input type="checkbox"/>
Hémoglobine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g/dL
Réticulocytes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G/L
Plaquettes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G/L
LDH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> U/L
Bilirubine T/L	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mcm/L
Créatinine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mcm/L
Troponine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ng/L

4. Prise en charge du COVID:

Hospitalisation en réanimation (0/1)	<input type="checkbox"/>
Ventilation mécanique (0/1)	<input type="checkbox"/>

5. Type de MAT (précédemment) connu (0/1):

PTT autoimmun	<input type="checkbox"/>
PTT congénital	<input type="checkbox"/>
SHU atypique	<input type="checkbox"/>
ATCD de SHU STX+	<input type="checkbox"/>
Autre MAT	<input type="checkbox"/>

6. Si ATCD de PTT autoimmun :

Date du dernier épisode	<input type="checkbox"/>
Corticoïdes/rituximab à la phase aiguë (0/1)	<input type="checkbox"/>
Date de la dernière injection de rituximab	<input type="checkbox"/>

Nombre d'injections de rituximab depuis le diagnostic de PTT
 Dernière activité ADAMTS13 avant l'épisode de COVID19 %
 Immunophénotypage des lymphocytes circulants
 T CD4+: /mm3
 T CD8+: /mm3
 Cellules NK: /mm3
 B CD19+: /mm3

Rechute de PTT au moment du diagnostic de COVID (0/1)

7. Si ATCD de PTT congénital :

Date de la dernière poussée
 Rechute de PTT au moment du diagnostic de COVID (0/1)

8. Si ATCD de SHU atypique :

Date de la dernière poussée
 Traitement par eculizumab (0/1)
 Dernière de la dernière injection d'eculizumab
 Rechute de SHUa au moment du diagnostic de COVID (0/1)

Recommandations vis-à-vis du COVID19 spécifiques aux MAT:

1. PTT autoimmun :

- Considérer les patients « à risque » d'infection potentiellement sévère de COVID s'ils reçoivent du rituximab (ou autre traitement immunosuppresseur) préemptif (car immunodéprimés).

- S'ils ne reçoivent pas de rituximab préemptif depuis plus d'un an, le risque est assez standard. Il faut alors s'assurer que l'activité ADAMTS13 est restée > 20%.

- Si patient connu pour avoir une activité < 20% (car pas de traitement préemptif, ou patients réfractaires) : considérer les patients à risque de rechute de PTT en cas d'infection à COVID.

- L'initiation d'un traitement préemptif en ce moment, exposant le patient à un risque accru d'infection potentiellement sévère, est à mettre en balance avec le risque de rechute de PTT. Il est préférable de ne pas initier de traitement « intensif » par rituximab (= injections multiples) durant la période de COVID.

2. PTT congénital :

- Considérer le patient à risque de rechute de PTT, même sous plasmathérapie prophylactique.

- En cas d'épisode infectieux, rechercher une rechute du PTT et intensifier la plasmathérapie (privilégier le volume plutôt que la fréquence pour limiter les déplacements et la contagion).

3. SHU atypique :

- Considérer le patient à risque de rechute de SHU, même sous eculizumab.

- Il n'existe pas de données laissant penser que l'eculizumab expose à un risque de COVID plus grave ; il est donc recommandé de poursuivre ce traitement.

- L'arrêt brutal de l'eculizumab exposerait le patient à un risque de rechute majeur, en particulier en cas de variant pathogène du complément identifié (le risque est plus faible en l'absence de variant pathogène).

- En cas d'épisode infectieux, rechercher une rechute du SHU.