



Articles publiés sous la direction de

JEAN-LOUIS FROSSARD

Service de gastroentérologie et d'hépatologie HUG et Université de Genève, Genève

DARIUS MORADPOUR

Service de gastroentérologie et d'hépatologie CHUV, Université de Lausanne, Lausanne

Bibliographie

1 — Phelan AL, et al. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for Global Health Governance. *JAMA* 2020;323:709-10.

2 — Guan WJ, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708-20.

3 — COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). ArcGIS. Johns Hopkins University, retrieved 6 May 2021.

4 — Wu Z, et al. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020;323:1239-42.

Impact du Covid-19 sur la gastroentérologie et l'hépatologie

PR ALAIN SCHOEPFER ET PR JEAN-LOUIS FROSSARD

Le coronavirus-2 du syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère (SARS-CoV-2), un coronavirus jusqu'ici inconnu, a été isolé en janvier 2020, quelques mois après une épidémie à Wuhan, province du Hubei, Chine.¹ La maladie induite par le SARS-CoV-2, qui se manifeste généralement par une pneumonie bilatérale, a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme une maladie à coronavirus-2019, Covid-19,² qui est devenue pandémique. Au moment de la rédaction de cet article, plus de 150 millions de personnes dans le monde étaient infectées par le SARS-CoV-2 et plus de 3 millions de décès doivent être déplorés, ce qui correspond à une mortalité d'environ 2,1%.³ Une analyse de 72 314 cas en Chine a estimé que 81% des infections étaient légères, 14% sévères et 5% critiques (défines comme défaillance respiratoire, choc septique, et/ou défaillance multiple d'organes).⁴ Les patients infectés se plaignent généralement de toux, de dyspnée, de fièvre et de fatigue. Au départ, les informations sur les manifestations extrapulmonaires étaient rares.

Le SARS-CoV-2 utilise l'enzyme 2 de conversion de l'angiotensine (ECA2) comme point d'entrée pour l'infection et possède donc le potentiel d'infecter plusieurs tissus, y compris les cellules épithéliales du tractus gastro-intestinal. Une méta-analyse de 35 études incluant 6686 patients atteints de Covid-19 (avec une prévalence de comorbidités digestives de 4%) a démontré une prévalence de symptômes digestifs de l'ordre de 15% (IC 95%: 10-21%; intervalle: 2-57%).⁵ Les symptômes digestifs les plus fréquemment observés étaient les nausées/vomissements, les diarrhées, les douleurs abdominales et la perte d'appétit. Les autres symptômes comprennent l'anorexie, l'anosmie et la dysgueusie médiées par une neuro-invasion virale via le nerf olfactif

ou un transfert transsynaptique par des neurones infectés.⁶ La prévalence des tests hépatiques perturbés (élévation des ALAT et/ou des ASAT) était de 19% (IC 95%: 9-32%; intervalle: 1-53%).⁵ Les patients avec affection gastroentérologique, respectivement hépatique, lors de l'infection par le SARS-CoV-2 avaient comme caractéristique principale une évolution plus sévère de la maladie par rapport à ceux sans affection gastroentérologique/hépatique (odds ratio: 2,96; IC 95%: 1,17-7,48; p = 0,02).⁵

L'expression de l'ECA2 à la surface des entérocytes permet au SARS-CoV-2 de pénétrer dans le tractus intestinal.⁷ Plusieurs études ont pu le détecter dans les selles. Ainsi, il

existe une possibilité de transmission fécale-orale de ce coronavirus.⁸ Cette voie de transmission est particulièrement importante pour les médecins et les infirmières qui travaillent en endoscopie.⁹ Des données de la Chine ont montré que les professionnels de la santé sont soumis à un risque 3 fois plus élevé

d'être infectés par le SARS-CoV-2 par rapport à la population générale.¹⁰ Les groupes d'intérêt endoscopique ont publié des directives dans le but d'éviter autant que possible la transmission fécale-orale et par aérosol pendant l'endoscopie.^{11,12} Ces directives insistent sur les aspects suivants: identification des patients avec Covid-19, équipement de protection individuelle, ainsi que désinfection adéquate des endoscopes et du lieu de travail. Toutes ces mesures ont un impact, entre autres, sur la logistique, les délais des examens, la formation de nos jeunes médecins et également sur les coûts du système de santé suisse. La pandémie mondiale se poursuivra jusqu'à ce qu'un vaccin soit largement utilisé.

TOUTES CES MESURES ONT UN IMPACT, NOTAMMENT SUR LA FORMATION DE NOS JEUNES MÉDECINS

5 — Mao R, et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5:667-78.

6 — Zubair AS, et al. Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review. *JAMA Neurol* 2020;77:1018-27.

7 — Hoffmann M, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell* 2020;181:271-80.

8 — Ling X, et al. Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. *Chin Med J* 2020;133:1039-43.

9 — Patel KP, et al. Transmission of SARS-CoV-2: an update of current literature. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2020;39:2005-11.

10 — Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019. Covid-19; February 16-24, 2020. Consulté le 5 mai 2021. Accessible à: www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

11 — Sultan S, et al., AGA Institute. AGA rapid recommendations for gastrointestinal procedures during the COVID-19 pandemic. *Gastroenterology* 2020;159:739-58.

12 — Frossard JL, et al. SARS-CoV-2 Endoscopy procedures at risk of airborne particles transmission *J Transl Sci* 2020;doi: 10.15761/JTS.1000400.