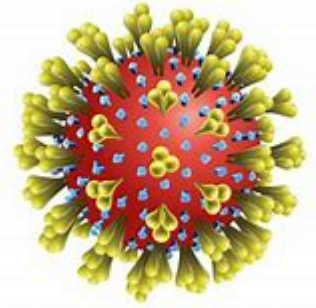


# Gestion des hépatopathies à l'ère du Covid 19

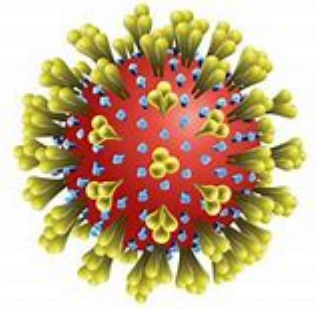
Tahiri Mohamed  
Faculté de médecine et de pharmacie  
Casablanca

# Introduction



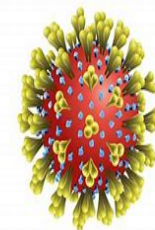
- Covid-19 : Nouvelle pandémie
- Atteinte essentiellement pulmonaire
- Atteinte hépatique : fréquente
- Risque pour les patients ayant des hépatopathies chroniques
- Particularités de la prise en charge des patients Covid-19 ayant des hépatopathies

# Questions



1. Une hépatopathie préexistante est un facteur de risque du Covid -19 ?
2. Comment gérer le consultation d'hépatologie durant la pandémie Covid-19 ?
3. Quelle conduite en cas d'infection Covid-19 chez un patient ayant une hépatopathie préexistante ?

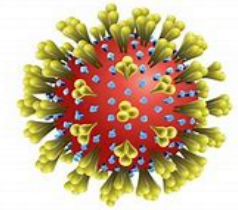
# Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 — United States, February 12–March 28, 2020



CDC COVID-19 Response Team

Underlying health condition/Risk factor for severe outcomes from respiratory infection (no., % with condition)	No. (%)			
	Not hospitalized	Hospitalized, non-ICU	ICU admission	Hospitalization status unknown
Total with case report form (N = 74,439)	12,217	5,285	1,069	55,868
Missing or unknown status for all conditions (67,277)	7,074	4,248	612	55,343
Total with completed information (7,162)	5,143	1,037	457	525
One or more conditions (2,692, 37.6%)	1,388 (27)	732 (71)	358 (78)	214 (41)
Diabetes mellitus (784, 10.9%)	331 (6)	251 (24)	148 (32)	54 (10)
Chronic lung disease* (656, 9.2%)	363 (7)	152 (15)	94 (21)	47 (9)
Cardiovascular disease (647, 9.0%)	239 (5)	242 (23)	132 (29)	34 (6)
Immunocompromised condition (264, 3.7%)	141 (3)	63 (6)	41 (9)	19 (4)
Chronic renal disease (213, 3.0%)	51 (1)	95 (9)	56 (12)	11 (2)
Pregnancy (143, 2.0%)	72 (1)	31 (3)	4 (1)	36 (7)
Neurologic disorder, neurodevelopmental, intellectual disability (52, 0.7%) <sup>†</sup>	17 (0.3)	25 (2)	7 (2)	3 (1)
Chronic liver disease (41, 0.6%)	24 (1)	9 (1)	7 (2)	1 (0.2)
Other chronic disease (1,182, 16.5%) <sup>§</sup>	583 (11)	359 (35)	170 (37)	70 (13)
Former smoker (165, 2.3%)	80 (2)	45 (4)	33 (7)	7 (1)
Current smoker (96, 1.3%)	61 (1)	22 (2)	5 (1)	8 (2)
None of the above conditions <sup>¶</sup> (4,470, 62.4%)	3,755 (73)	305 (29)	99 (22)	311 (59)

# Liver injury in COVID-19: management and challenges



	Patients with SARS-CoV-2 infection	Patients with pre-existing liver conditions	Patients with abnormal liver function	Notes
Guan et al <sup>1</sup>	1099	23 (2.3%)	AST abnormal (22.2%), ALT abnormal (21.3%)	Elevated levels of AST were observed in 112 (18.2%) of 615 patients with non-severe disease and 56 (39.4%) of 142 patients with severe disease. Elevated levels of ALT were observed in 120 (19.8%) of patients with non-severe disease and 38 (28.1%) of 135 patients with severe disease.
Huang et al <sup>2</sup>	41	1 (2.0%)	15 (31.0%)	Patients with severe disease had increased incidence of abnormal liver function. Elevation of AST level was observed in eight (62%) of 13 patients in the ICU compared with seven (25%) 25 patients who did not require care in the ICU.
Chen et al <sup>3</sup>	99	NA	43 (43.0%)	One patient with severe liver function damage.
Wang et al <sup>4</sup>	138	4 (2.9%)	NA	--
Shi et al <sup>5</sup>	81	7 (8.6%)	43 (53.1%)	Patients who had a diagnosis of COVID-19 confirmed by CT scan while in the subclinical phase had significantly lower incidence of AST abnormality than did patients diagnosed after the onset of symptoms.
Xu et al <sup>6</sup>	62	7 (11.0%)	10 (16.1%)	--
Yang et al <sup>7</sup>	52	NA	15 (29.0%)	No difference for the incidences of abnormal liver function between survivors (30%) and non-survivors (28%).
Our data (unpublished)	56	2 (3.6%)	16 (28.6%)	One fatal case, with evaluated liver injury. <sup>11</sup>

AST= aspartate aminotransferase. ALT= alanine aminotransferase. ICU=intensive care unit.

Table: Comorbidity with liver disease and liver dysfunction in patients with SARS-CoV-2 infection

## CLINICAL INSIGHTS FOR HEPATOLOGY AND LIVER TRANSPLANT PROVIDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC



There is no evidence that patients with stable chronic liver disease due to hepatitis B and/or C, cholestatic syndromes such as primary biliary cholangitis or primary sclerosing cholangitis, or nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) have increased susceptibility to SARS-CoV-2 infection, although risk factors for severe COVID-19 such as diabetes mellitus and hypertension are common in patients with NAFLD.<sup>14</sup>

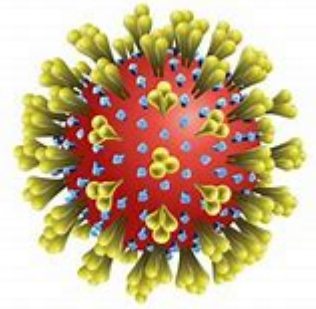
It is unknown whether patients with hepatocellular carcinoma (HCC) are at increased risk for severe COVID-19 by virtue of their malignancy.

## Care of patients with liver disease during the COVID-19 pandemic: EASL-ESCMID position paper




cytopenia). Possibly, patients with advanced chronic liver disease are at increased risk of infection due to cirrhosis-associated immune dysfunction.<sup>4</sup> The same could be true for patients after liver transplantation and possibly those with autoimmune

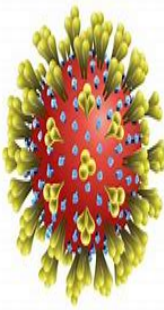
# Questions



1. Une hépatopathie préexistante est un facteur de risque du Covid -19 ?

 2. Comment gérer le consultation d'hépatologie durant la pandémie Covid-19 ?

3. Quelle conduite en cas d'infection Covid-19 chez un patient ayant une hépatopathie préexistante ?



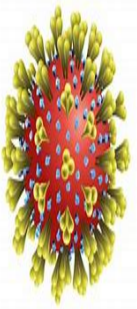
## Patients stables sans complication hépatique

- Patients avec cirrhose compensée inclus ( EASL )
- Privilégier une prise en charge avec moins de risque infectieux (téléconsultation/consultation téléphonique)
- Eviter les ruptures de suivi.
- Prolongation des ordonnances

### → Présence obligatoire :

- *consultation d'annonce d'un cancer du foie*
- *nouveaux patients avec motif cliniquement significatif :*
  - *ictère*
  - *cytolyse > 10 fois la limite supérieure de la normale*
  - *décompensation récente*

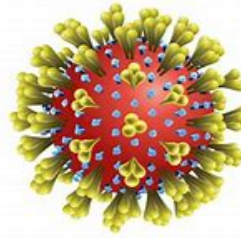




# Patients instables avec complication hépatique

- Privilégier le plus la prise en charge ambulatoire
- Hospitalisation , si besoin ,dans des unités non COVID avec précautions
- La prévention de l'encéphalopathie hépatique et de l'infection du liquide d'ascite doit être maintenu éviter les hospitalisations



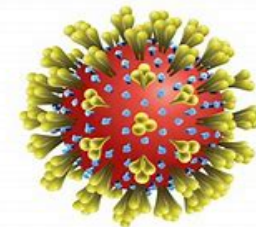


# Patients instables avec complication hépatique

Hospitalisation dans des unités non COVID doit être maintenue:

- les traitements des cancers primitifs du foie à visée curative (chirurgie et radiologie interventionnelle)
- les ponctions évacuatrices d'ascite
- les séances de ligature de varices œsophagiennes et de traitement de varices gastriques en prévention secondaire
- les biopsies hépatiques urgentes: masses hépatiques suspectes de malignité et les élévations des transaminases  $> 5$  x la limite supérieure
- décompensation aigue ou ACLF (Test COV 2)

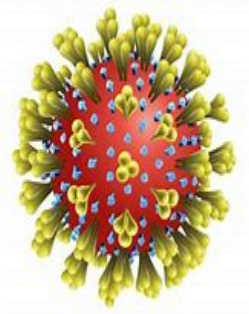




## Gestes et hospitalisations à différer

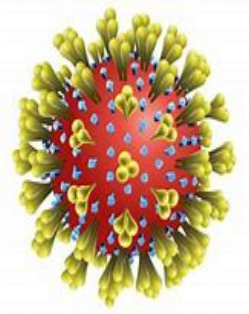
- Les imageries périodiques de CHC traités ou en cours de traitement, et de dépistage semestriel de CHC sur cirrhose
- Les biopsies hépatiques non urgentes
  - évaluation de la fibrose pour NAFLD or hépatite virale chronique
  - élévation modérée des transaminases  $<3\times$  la limite supérieure
- Les mesures d'élasticité hépatique et/ou de CAP.
- Le bilan pré-greffe hépatique ( en dehors des cas les plus graves )

# Gestion des médicaments



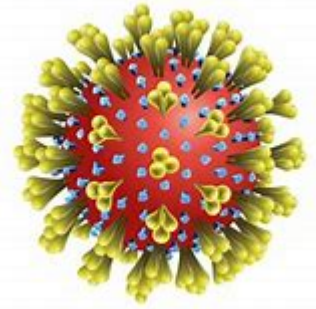
- Les traitements de l'hépatite B et C : doivent être maintenus s'ils ont été déjà démarrés
- HVB : retarder l'initiation de traitement sauf dans les situations urgentes ( cirrhose , réactivation ) et de risque de transmission élevé ( usagers de drogues ou immigrants avec promiscuité )
- HVC: retarder le traitement en temps de confinement sauf pour les usagers de drogues et les migrants


# Gestion des médicaments

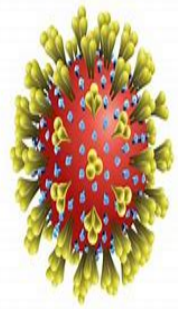


- Les maladies auto immunes du foie (cholangite sclérosante du foie, hépatite auto- immune et cholangite biliaire primitive) : maintien du traitement de fond sans aucune modification du traitement immunosuppresseur
- En cas d'hépatite auto-immune nouvellement diagnostiquée: débiter une corticothérapie prédnisolone (0,5 mg /kg/j) ou budosénide ( 9 mg /j)avec début différé du traitement de fond

# Questions



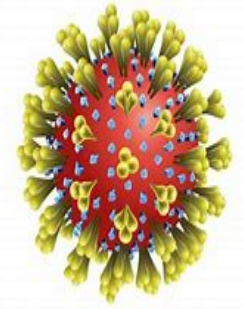
1. Une hépatopathie préexistante est un facteur de risque du Covid -19 ?
2. Comment gérer le consultation d'hépatologie durant la pandémie Covid-19 ?
-  3. Quelle conduite en cas d'infection Covid-19 chez un patient ayant une hépatopathie préexistante ?



# Quelle conduite en cas d'infection covid chez un patient ayant une hépatopathie pré-existante ?

- Hospitalisation
- Limiter l'usage du paracétamol à visée antipyrétique à 2-3 g/jour notamment chez les patients atteints de cirrhose et/ou avec consommation excessive d'alcool
- Contre-indication formelle aux AINS ( AFEF, EASL) relative ( AASLD )
- Vérifier l'absence d'interaction médicamenteuse entre les traitements habituels de l'hépatopathie et ceux utilisés dans le cadre de la prise en charge du COVID-19 .

# Quelle conduite en cas d'infection covid chez un patient ayant une hépatopathie pré-existante ?



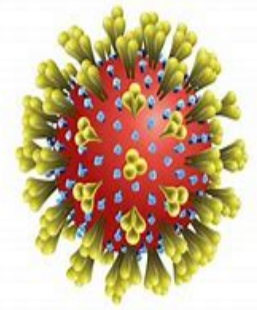
## Maladies rares traitées (HAI, CBP, CSP, Wilson...)

Le traitement de fond doit être discuté **au cas par cas** = la balance bénéfique/risque individuelle

- les corticoïdes : une diminution de dose peut être discutée si nécessaire avec maintien d'au moins 10 mg/j
- les autres immunosuppresseurs : l'azathioprine ou l'acide mycophénolique peuvent être diminués si nécessaire, notamment en cas de lymphopénie, de surinfection bactérienne ou fongique ou d'aggravation pulmonaire liée au COVID-19.



# Quelle conduite en cas d'infection covid chez un patient ayant une hépatopathie pré-existante ?

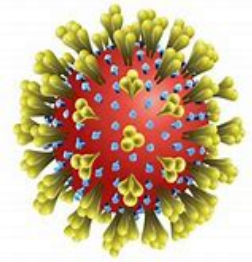


- **VHB :**

- poursuivre les traitements par analogues
- les initier dans les situations d'urgence (cirrhose et réactivation) si l'état du patient le permet.

- **VHC :**

- poursuivre les anti-viraux directs déjà débutés si l'état du patient le permet,
- différer le début de traitement.



# Quand arrêter un traitement ?

Les indications d'arrêt des médicaments sont définies :

- ALT ou AST  $>8xULN$
- ALT ou AST  $>5xULN$  pendant plus de deux semaines
- ALT ou AST  $>3xULN$  et bilirubine totale  $>2xULN$  ou INR  $>1.5$
- ALT ou AST  $>3xULN$  avec apparition de fatigue, nausées, vomissements, douleurs de l'hypochondre droit, fièvre, rash cutané ou hyper éosinophilie  $>5\%$

# Conclusion

Gestion des malades ayant une hépatopathie à l'ère du COVID 19 :

- Bien codifiée
- Adaptation aux conditions locales
- Zones d'ombres multiples
- Nouvelles données permettront d'affiner les conduite à tenir