

## Stratégie de déconfinement dans la spécialité d'Hépto-Gastro-Entérologie

### Introduction

Dans la perspective d'une fin de la période de confinement strict annoncé pour le 20 Mai 2020, il apparaît nécessaire de réévaluer et instaurer des lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après le déconfinement.

L'épidémie encore active, ne diminuera que très progressivement et une reprise de l'activité de soin programmée mal calibrée pourrait provoquer une saturation du système et même favoriser une deuxième vague épidémique (1,2).

Ainsi, la vigilance sur de potentiels rebonds épidémiques, incitera l'instauration d'une stratégie réglementaire de gestion du déconfinement (1,2,3).

Nous proposons un ensemble de recommandations afin de limiter la propagation virale et de prévenir la saturation du système de soins permettant une organisation de l'offre de soin dans le service d'hépto-gastro-entérologie après la sortie du confinement.

### I. MAINTENIR LES PRECAUTIONS GENERALES :

#### a) Surveillance des indicateurs de résurgence des pics épidémiques

Dans la phase de sortie de confinement, l'indicateur à surveiller ne serait plus le nombre réel de cas par jour, mais le nombre de reproduction effectif, ou R, qui indique le nombre de personnes infectées à tour de rôle par la personne infectée moyenne. Si R est supérieur à 1, l'épidémie augmente ; en dessous de 1, elle diminue. L'objectif serait de garder le R autour de 1, lorsque chaque personne contaminée infecte en moyenne une autre personne, en gardant le nombre de nouveaux cas stable (3).

#### b) Dépistage systématique des malades se présentant à l'accueil (4)

L'interrogatoire devrait rechercher une notion de cas contact, une fièvre, une symptomatologie respiratoire et/ou digestive.

A la moindre suspicion d'une infection SARS-Cov2, les cas identifiés devraient être isolés. Des prélèvements nasopharyngés et une exploration radiologique réalisés et les malades seraient pris en charge selon les directives locales nationales.

#### c) Précautions générales d'hygiène (5)

Il faut insister sur le maintien des précautions générales d'hygiène par une sensibilisation accrue des populations :

- Respecter les mesures de distanciation physique
- Appliquer les gestes barrières.
- Lavage régulier des mains 20 secondes ou gel hydro-OH 70%.
- Nettoyage des surfaces qui risquent d'être contaminées.
- Eviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche.

- Mettre un masque pour éviter d'infecter les autres.
- Eviter les toilettes publiques vue un risque potentiel de transmission oro-fécale.
- Nettoyer et verser de l'eau de Javel dilué 10% sur la selle avant de tirer la chasse-d'eau après 10 à 15minutes.

## I. MESURES ORGANISATIONNELLES

La levée partielle des restrictions imposées jusqu'à présent, ravivera les différents secteurs, plus particulièrement le domaine de la santé. Ainsi, afin de garantir une réouverture et une reprise progressive sur l'ensemble des activités, des mesures organisationnelles seront adoptées pour assurer le déroulement fluide et adéquat de l'offre de soin (6).

**a) Accueil des malades :** La réception des malades doit être assurée avec fluidité séparant les différents circuits : les malades des urgences, des consultations de suivi et les malades sous traitements immunosuppresseurs et immuno-modulateurs.

**b) Maintien de la téléconsultation :** Les mesures dérogatoires de téléconsultations permettant un accès aux prises en charge à distance seront prolongées autant que nécessaire (7).

Parmi les patients candidats à un suivi à distance par vidéo-consultation et par téléphone (7), on retient :

- Les malades atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) en rémission clinico-biologique.
- Les patients atteints de cirrhose compensée
- Les patients nécessitant un suivi de surveillance et d'observance thérapeutique (Bilans de surveillance peuvent être envoyés par mail ou whatsapp)

**c) Les mesures vis-à-vis de l'hospitalisation des malades (2) :** Il est important de considérer, en posant les indications d'hospitalisation, l'importance de préserver la capacité litière et maintenir sa disponibilité en cas de nécessité (éventuelle deuxième vague de l'épidémie).

La durée des hospitalisations doit être courte et efficiente; et le recours aux examens invasifs doit être le plus restreint possible. Les patients dont le séjour hospitalier permettra un diagnostic rapide et par conséquent une prise en charge thérapeutique efficiente, limitant leurs déplacements récurrents et inutiles, seront privilégiés, et gérés en fonction de la capacité litière et des ressources humaines et financières du service :

### **Les urgences :**

- Les hémorragies digestives
- Colite aigue graves
- angiocholite, pancréatite aigue
- Ingestion d'HCL
- Thrombose veineuse profonde abdominale
- Hépatite aigue grave
- Abscess hépatiques et abdominaux...

### **Autres pathologies :**

- Poussées de MICI modérées à sévères
- Epaissement digestif sur un examen d'imagerie
- Maladie cœliaque compliquée
- Syndromes anémiques sévères secondaires ou non à une hémorragie digestive chronique
- Ascite inaugurale...

### **d) L'organisation des rendez-vous d'endoscopie digestive**

Certaines offres de soins ayant pu être différées du fait de la déprogrammation des activités ou de diverses contraintes et craintes liées au confinement, peuvent constituer une source de désordre et de débordement du service et une véritable perte de chances pour les patients présentant une pathologie nécessitant une prise en charge urgente; d'où l'intérêt d'une nouvelle réévaluation des indications reportées et de les reprogrammer sans empiéter sur les urgences (2).

Il faut réévaluer la pertinence du geste endoscopique et la possibilité de report en les classant en indication urgente, semi-urgente ou non urgente :

**Indications urgentes :**

- Les hémorragies digestives
- L'ingestion de caustiques
- L'impaction de corps étrangers
- Les dysphagies
- La nécessité d'une dilatation endoscopique d'une sténose
- Mise en place d'une prothèse ou d'une sonde de gastrostomie d'alimentation. - La cholangiopancréatographie rétrograde est également indiquée en urgence en cas d'angiocholite, de pancréatite aiguë, de néoplasie et de lithiase (10).

**Indications semi-urgentes :**

Les explorations endoscopiques nécessitant d'être programmées dans les 3 mois, incluant les situations à perte de chance potentielle, sont (11, 12):

- Une coloscopie pour un FIT test positif peut être décalée de 6 semaines sans exposer à une perte de chance excessive s'il n'y a pas de signes clinico-biologiques de cancer colorectal (10, 12).
- Exploration endoscopique de saignements chroniques,
- Syndrome anémique sévère,
- Dysplasie de haut grade, le carcinome in situ et les gros polypes suspects d'invasion sous-muqueuse,
- Prélèvements des adénopathies profondes et les diagnostics histologiques indispensables à poser l'indication d'un traitement systémique ou une prise en charge chirurgicale.

**Indications non urgentes :**

Dans le reste des situations, l'exploration et le geste endoscopique peuvent être reportés au-delà de 12 semaines, c'est le cas de (11, 12):

- Surveillance d'un œsophage de Barrett sans dysplasie ou avec dysplasie de bas grade ou après son traitement endoscopique ou chirurgical,
- Surveillance d'atrophie et de métaplasie gastrique, de MICI et de cholangite sclérosante primitive,
- Bilan endoscopique de contrôle des résections intestinales dans le cadre des MICI ou de néoplasie ou post-polypectomie,
- Diagnostic du syndrome de l'intestin irritable,
- Dépistage des cancers chez les patients à haut risque ou avec une prédisposition génétique (syndrome de Lynch),
- Diagnostic de reflux gastro-œsophagien et dyspepsie sans signes d'alarme,
- Procédures d'endoscopie bariatriques,
- Traitement endoscopique de l'achalasie (POEM, dilatation),
- Ligature programmée des varices œsophagiennes,
- Diagnostic et traitement des kystes de pancréas.

***Les recommandations des sociétés savantes (13, 14) concernant le déroulement des gestes endoscopiques, les mesures de décontaminations et de stérilisation du matériel utilisé et la protection du personnel soignant doivent être de rigueur et maintenues après le déconfinement jusqu'à nouvel ordre.***

**e) Gestion de la pathologie proctologique (15)**

- Les urgences proctologiques : abcès anal, crises hémorroïdaires et fissures sont prises en charges dans l'immédiat.

- La reprogrammation du bloc proctologique privilégiera les manifestations ano-périnéales spécifiques (tuberculose, MICI, néoplasie) nécessitant une confirmation histologique avant l'instauration d'un traitement médical et/ou chirurgical.

- Les hémorroïdes résistantes au traitement médical et instrumental et les fissures chroniques sont reprogrammés dans les 3 mois.

- Les autres pathologies proctologiques : fistules anales chroniques, condylomes anaux, sinus pilonidal...pourront être programmées à distance

### **III. LE DEROULEMENT DES STAFFS ET DES CONFERENCES (7)**

Les staffs médicaux doivent être menés en respectant la distanciation d'un mètre minimum, organisés en petits groupes en fonction de l'espace. Les téléconférences sont favorisées.

### **IV. RETOUR A L'ACTIVITE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE D'UN SERVICE DE GASTROENTEROLOGIE TRANSFORME EN UNITE COVID :**

Il y a certains services de gastroentérologie qui ont été dédiés à l'hospitalisation des malades Covid pendant cette épidémie. Une fois l'épidémie éteinte, un retour à l'activité normale se fera selon les recommandations suscitées pour le déconfinement mais avec en plus :

- Il faut procéder à la désinfection des locaux et des matériels de soins selon les recommandations du ministère tutelle et des sociétés savantes.
- Dépistage de l'infection Covid 19 chez le personnel avant leur arrivée et avant le début de l'activité au service tous les jours (prise de température, recherche des symptômes respiratoires et digestifs).
- Tout diagnostic d'infection Covid 19 chez un membre de l'équipe médicale oblige l'isolement, la réalisation du test diagnostic et la recherche de personnes contact.
- Eviter le changement du personnel soignant d'une équipe à l'autre.

### **V. CONCLUSION :**

La pandémie Covid19 a paralysé l'ensemble des unités médico-chirurgicales, le service d'hépatogastro-entérologie inclu, limitant les activités non urgentes. Actuellement, avec la diminution de l'incidence des cas graves enregistrés, les différentes structures vont devoir reprendre progressivement leur activité tout en veillant à assurer la protection des malades et du personnel; ainsi ces recommandations permettront-elles la réouverture sécurisée du service en assurant l'accessibilité et la facilité du déroulement des prestations.

## VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Sansonetti, P. (2020). Sortie de confinement, ou la somme de tous les dangers.
2. FICHE ARS: lignes directives relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après le déconfinement (2020).
3. Arnault, L., Barnay, T., Baschet, L., Bonastre, J., Bongiovanni, I., Bourguignon, S., ... & Leleu, H. Les scénarios de sortie de confinement en Europe et dans d'autres pays Groupe CES-Covid1-28/04/2020.
4. Epidémie de COVID-19. Recommandations en endoscopie digestive. SFED. 11 mars 2020.
5. 2ème Interview COVID-19 ECCO Taskforce, published March 20, 2020
6. Arnault, L., Barnay, T., Baschet, L., Bonastre, J., Bongiovanni, I., Bourguignon, S., ... & Leleu, H. Synthèse des modèles de prédiction de sorties de confinement en raison du Covid-19 Groupe Groupe CES-covid1-27 avril 2020.
7. Guillaume Bonnaud, Président du sCREGG. 14 AVRIL 2020 - IMPACT DU COVID-19 SUR NOS ORGANISATIONS DE SOINS.
8. Ruf B, Jenkinson P, Armour D, Fraser M, Watson AJ. Videoconference clinics improve efficiency of inflammatory bowel disease care in a remote and rural setting. *J Telemed Telecare*. 2019 Jun 5:1357633X19849280.
9. Fiorino G, Allocca M, Furfaro F, *et al*. Inflammatory Bowel Disease Care in the COVID-19 Pandemic Era: The Humanitas, Milan, Experience. *J Crohns Colitis*. 2020 Mar 24. pii : jjaa058.
10. Questions et réponses de la SFED sur le COVID-19 (4) : quel est le délai acceptable ou non pour la réalisation d'exams à visée diagnostique en cancérologie digestive ? (09/04/2020).
11. Gralnek, I. M., Hassan, C., Beilenhoff, U., Antonelli, G., Ebigbo, A., Pellisé, M., ... & Kaminski, M. F. (2020). ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. *Endoscopy*.
12. Ponchon, T., & Chaussade, S. (2020). COVID-19: How to select patients for endoscopy and how to reschedule the procedures?. *Endoscopy International Open*, 8(05), E699-E700.
13. Badre W., Errabih I., Tahiri M., Ajana FZ., Mellouki I., Rouibaa F. Le gastroentérologue face à la pandémie du Coronavirus. Recommandations de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif (SMMAD). Version du 22 Mars 2020. Disponible sur le site : [www.smmad.net](http://www.smmad.net)
14. Conseils de bonnes pratiques cliniques émis par la SMED sur la pratique de l'endoscopie digestive dans le cadre de la Pandémie de COVID-19  
Version du 30 Mars 2020. RMMAD, n°28, Avril 2020
15. Liu, Z., Zhang, Y., Wang, X., Zhang, D., Diao, D., Chandramohan, K., & Booth, C. M. Recommendations for Surgery During the Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic. *The Indian Journal of Surgery*, 2020.