

BREVE DES CSO

2ème Numéro spécial COVID 19

Editorial

Chers amis des CSO,

L'AFERO, FORCE et la coordination nationale des CSO ont réalisé un « webinar » lundi 30 mars en partenariat avec la SFN (<https://bit.ly/3dGol8Z>) et vous proposent un nouveau bilan de la situation au 31 mars 2020. Le comité de rédaction remercie tout particulièrement Judith Aron-Wisniewsky qui coordonne la veille bibliographique et nos amis pédiatres qui nous rejoignent.

Nos collègues américains de l'« *Obesity Society* » (<https://www.obesity.org>) sont évidemment inquiets devant la montée de l'épidémie dans leur pays car la prévalence de l'obésité y est de 42 % (données 2017- 2018) (Ryan et al, 2020). De plus 9,2 % des Américains ont une obésité massive (classe III), facteur de risque hautement probable pour l'infection par le COVID-19. En rappelant que 5 % des formes cliniques sont graves et nécessitent des soins intensifs, ils évoquent les difficultés à venir concernant le transport bariatrique, les ressources en imagerie, l'intubation en cas de détresse respiratoire, les soins infirmiers, les changements de position des patients sous respirateur, lorsque l'indice de masse corporelle est élevé voire très élevé. Les équipements nécessaires ne sont disponibles que dans les services spécialisés de médecine de l'obésité et de chirurgie bariatrique...

Le deuxième point abordé par nos collègues américains est celui de la stigmatisation car l'impact du COVID-19 se fera également sentir en dehors des services de réanimation. Les personnes en situation d'obésité qui s'isolent et évitent le contact social, sont déjà stigmatisées et connaissent déjà des taux de dépression plus élevés. Le confinement pourrait aggraver l'isolement social qui est au cœur du processus de stigmatisation de l'obésité.

La rédaction d'« *Obesity* » sonne donc l'alarme, de ses propres termes, et prend position: l'obésité sera probablement reconnue comme un facteur de risque indépendant pour l'infection par le COVID-19.

Le dernier numéro du *New England of Medicine* (cf ci-dessous) nous présente une première étude multicentrique américaine sur 24 patients hospitalisés en réanimation, en indiquant leur IMC. Les données suggèrent que le risque de mortalité augmente avec la corpulence. En attendant d'autres études en cours, le message qui s'impose et qu'il faut sans cesse répéter, demeure : « les personnes en situation d'obésité doivent être informées de l'intérêt majeur de respecter STRICTEMENT les mesures de confinement et d'adopter les gestes barrière ».

Il nous paraît important de remettre en cause le seuil de 40, car un IMC ≥ 35 kg/m² est probablement déjà un facteur de risque, au moins dans certains contextes cliniques (âge élevé et co-morbidités). Le niveau de preuve reste faible, le temps presse pour mener les études nécessaires. En effet, 500 000 personnes seraient concernées en France, si ce seuil est validé.

Soyons prudent dans nos messages de prévention pour ne pas majorer l'angoisse de nos patients, dans cette période d'incertitude, faute de solutions thérapeutiques. En attendant des données chiffrées sur le risque associé à la situation d'obésité au cours de cette pandémie, soyons convaincant : le respect le plus strict possible du confinement est à conseiller pour tous les patients !

Olivier Ziegler pour le GCC et la Feuille de Route Obésité
Muriel Coupaye pour l'AFERO
Martine Laville pour FORCE

Formes sévères d'infection par le COVID-19

série américaine de patients admis en unité de soins intensifs

Vingt quatre patients infectés par le Covid-19 ont été hospitalisés en unité de soins intensifs (USI) dans 9 hôpitaux de la région de Seattle (état de Washington) pour détresse respiratoire. L'âge moyen (SD) des patients était de 64 ± 18 ans, l'IMC de $33,2 \pm 7,2$ kg/m² (figure 1), 63 % étaient des hommes, 58% avaient un diabète de type 2. 75 % (18 patients) ont eu besoin d'une ventilation mécanique. Les auteurs décrivent l'histoire clinique, la prise en charge et la réponse aux traitements, les données individuelles étant disponibles sur le site du NEJM.

La figure 2 montre l'évolution clinique en fonction des choix thérapeutiques pendant au moins 14 jours. La moitié des patients (12) sont décédés entre J1 et J 18 ; 4 patients n'ont pas été réanimés (Do-not-resuscitate DNR), décision prise avant l'admission à l'hôpital ; des 12 patients survivants, 5 ont pu regagner leur domicile, 4 ont pu quitter l'USI, mais sont restés à l'hôpital, et 3 ont continué à être ventilés dans l'USI. La plupart des patients (21/24) avaient au moins une comorbidité (diabète 58 %, maladies rénales chroniques 21 % ou SAOS 21%). L'âge supérieur à 65 ans était un facteur de risque majeur de mortalité. Si l'on considère les données individuelles fournies par les auteurs (figure 2) on constate que 70 % des sujets obèses de classe 2 ou 3 (IMC ≥ 35 kg/m²) sont décédés versus 30,8 % lorsque l'IMC est inférieur à 35 kg/m².

La taille de l'échantillon ne permet pas de tirer de conclusions définitives quant au rôle propre de l'obésité, ce qu'évitent de faire les auteurs. On doit cependant constater que la mortalité est élevée pour l'obésité de classe 2 ou 3. Le dogme d'un seuil de 40 comme facteur de risque de forme grave COVID -19 est donc probablement à reconsidérer. La mortalité est élevée chez les sujets jeunes (37 % chez les moins de 65 ans). C'est aussi un sujet de grande inquiétude.

Pavan K. Bhatraju PK et al, Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region — Case Series, N Eng L Med, March 30, 2020

Figure 1 : distribution de l'IMC chez les 24 sujets (1 donnée manquante)

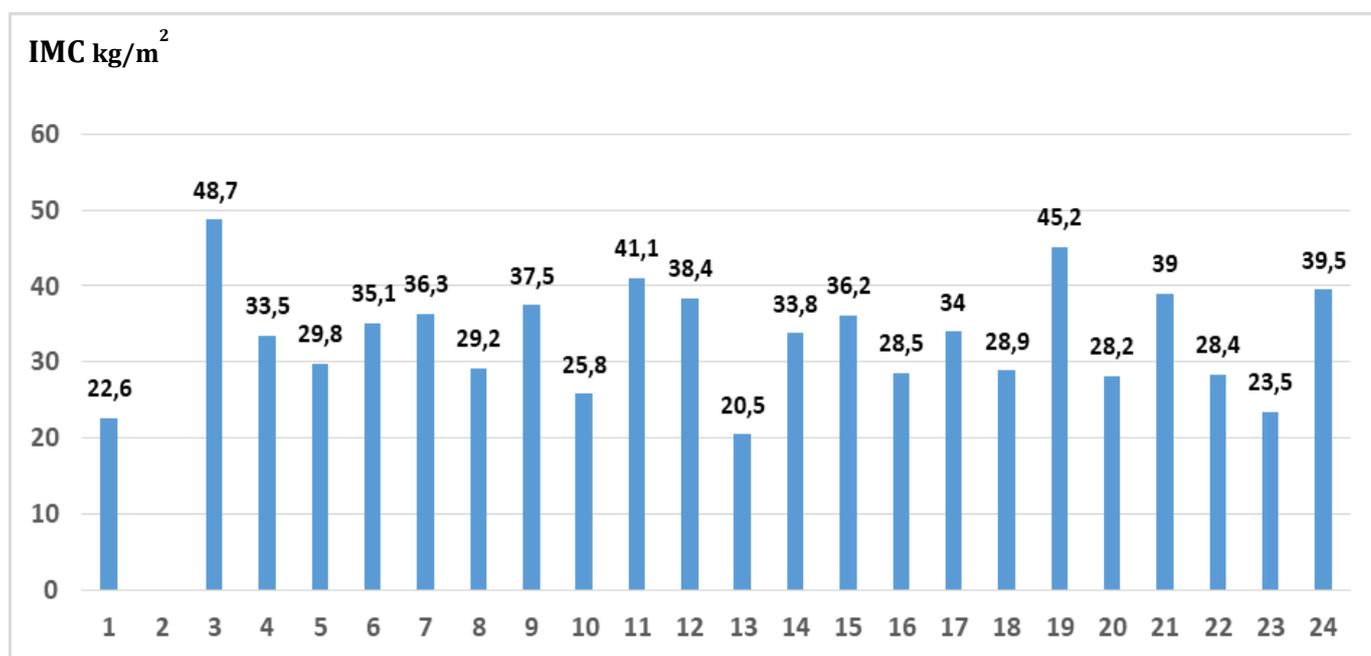
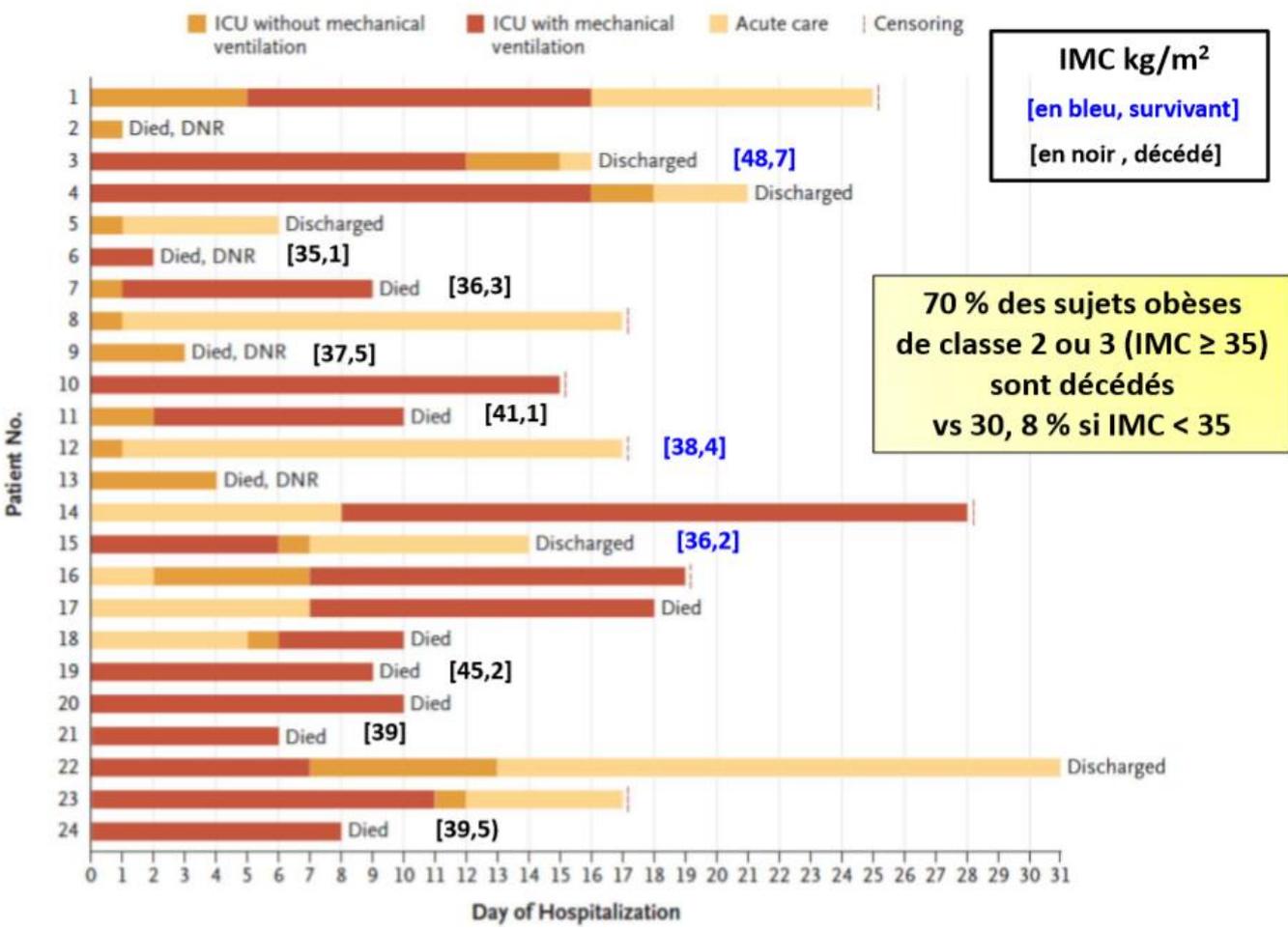


Figure 2 : évolution clinique des patients (favorable : USI sans ventilation mécanique, puis avec ; sortie de réanimation ; retour à domicile – ou défavorable : décès)

Les chiffres entre parenthèse correspondent à l'IMC des patients obèses de classe 2 ou 3 avec un code couleur selon le pronostic (en bleu survivant, en noir décédé) (cf figure 1)



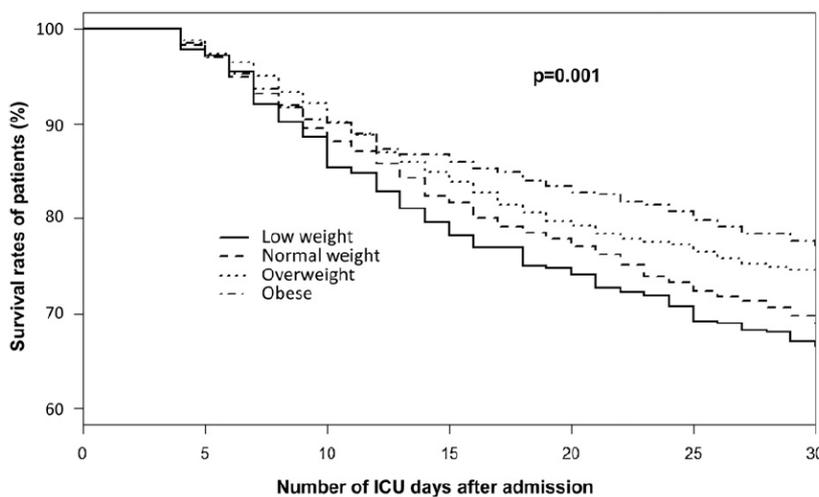
*Pr Olivier Ziegler
CSO Nancy*

Statut nutritionnel, obésité et pronostic en réanimation

Comme vous le savez, une hospitalisation en réanimation, quel qu'en soit le motif, représente une agression physique qui génère un hypercatabolisme. L'alimentation orale est le plus souvent compromise, à fortiori si le patient est intubé. Les patients en réanimation bénéficient d'un support nutritionnel si possible par nutrition entérale, sinon parentérale.

Il est clairement montré qu'un état de dénutrition est associé à un moins bon pronostic en réanimation. La dénutrition protéino-énergétique est associée, après ajustement, à un odd-ratio de 2.10 (95% CI, 1.70–2.59), pour la mortalité à 30 jours en réanimation (Mogensen Critical Care Medicine 2015).

Dans ce contexte, les patients ayant une obésité ont une meilleure courbe de survie en réanimation, grâce à une masse musculaire plus importante, constituant une « réserve métabolique ». Dans une cohorte multicentrique regroupant 12 unités de soins intensifs en France (Borel Am J Clin Nutr 2014), la mortalité à 30 jours a été comparée pour 3427 séjours de patients intubés-ventilés, selon l'IMC du patient à l'entrée.



Les patients avaient un taux de mortalité à 30 jours de 32.1% pour les sujets maigres, 29.6% pour les sujets de poids normal, 24.8% pour les sujets en surpoids et 22.2% pour les sujets en obésité (p=0,001).

Ces résultats ont été confirmés dans l'étude de Robinson (Critical Care Med 2015) avec un odd ratio ajusté de 0.80 (95% CI, 0.67–0.96) pour la mortalité à 30 jours des patients en obésité de classe I et II et un odd ratio de 0.69 (95% CI,

0.49–0.97) pour l'obésité de classe III. Cette étude a également différencié deux sous-groupes : des sujets en obésité sans marqueur de dénutrition protéino-énergétiques et des patients en obésité mais présentant une dénutrition protéino-énergétique (obésité sarcopénique). Ce dernier groupe n'avait pas le même pronostic favorable que les patients en obésité non-dénutris.

De nombreux patients COVID-19 positifs en situation d'obésité sont actuellement pris en charge en réanimation avec un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). Une méta-analyse a confirmé que dans des situations de SDRA, les personnes en obésité avaient un meilleur pronostic en réanimation que les personnes de poids normal (Ni et al. Critical Care 2017). Si aux vues de ces études antérieures on peut espérer que cette réserve métabolique leur soit favorable, on peut toutefois être inquiet car la gravité des syndromes respiratoires induits par le COVID-19 pourrait être plus sévère chez nos patients. Il sera également essentiel de veiller à ce qu'ils bénéficient d'un apport nutritionnel adapté car ils reçoivent parfois ce support de manière retardée par rapport aux patients sans obésité (Borel Am J Clin Nutr 2014) : ceci est essentiel pour limiter au maximum « l'impact sarcopénique » du séjour en réanimation. Nous aurons dans un second temps un rôle considérable à jouer pour aider ces patients à restaurer leur masse musculaire après leur sortie des soins critiques.

*Pr Anne-Laure Borel
CSO Grenoble Arc Alpin*

Conduite de la SOciété Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques face à l'épidémie de Coronavirus

Le 20 mars 2020 :

L'épidémie Covid s'annonce d'une gravité inédite. Certaines régions en France sont déjà très impactées et cette situation semble amener à s'étendre dans tout le pays. Elle va aussi manifestement se prolonger, **au moins six semaines** et sans doute d'avantage.

Des **règles générales** ont été diffusées par chaque établissement, public comme privé, sur l'ensemble du territoire national en ce qui concerne les mesures de prévention, et de confinement. Des **recommandations spécifiques pour la chirurgie viscérale** ont aussi été diffusées par le Journal de Chir Viscérale.

En ce qui concerne la **chirurgie bariatrique**, **l'activité élective doit être déprogrammée**, sine die. Il est souligné que **l'obésité est un facteur de risque aggravant** pour l'infection Covid. Durant cette période, **l'accueil des urgences doit continuer d'être assuré**. Nous devons en particulier assurer la prise en charge des **urgences bariatriques**, notamment celles liées aux **complications infectieuses, mécaniques, ou nutritionnelles**, pour lesquelles attendre plusieurs mois pourrait porter atteinte à la survie du malade.

Il appartient à **chaque équipe** de mettre en place au plus vite et en fonction de la situation locale, les modalités et l'organisation les plus adaptées. Le recours aux **téléconsultations** est recommandé. On peut par ailleurs **prévoir une dégradation progressive** de l'environnement et de nos conditions de travail. Il faut donc **anticiper et s'apprêter à modifier** en fonction de la situation.

Durant toute cette période, le **CA continuera régulièrement de diffuser sur son site des informations et recommandations spécifiques à la chirurgie bariatrique**.

Nous sommes tous conscients, des **répercussions majeures** que pourraient avoir cette crise pour la chirurgie bariatrique, **au décours de cette période critique**. Notre organisation et **notre réactivité pour gérer les prochains mois sera déterminante** pour notre avenir.

Merci à tous de **votre engagement dans ce combat**, au service de nos patients et de notre discipline.

Au nom de la SOFFCO-MM, nous comptons sur vous.

Nous sommes tous solidaires.

Durant toute cette période, **n'oubliez jamais de vous protéger ainsi que vos équipes** en respectant les consignes de sécurité.

*Simon MSIKA
Président de la SOFFCO-MM*

Patients pédiatriques, COVID 19 et Obésité

Une revue récente (45 publications) fait le point sur les connaissances concernant l'infection COVID 19 et la population pédiatrique. Les données proviennent pour le moment principalement de Chine.

Les principales sont connues :

1. Les enfants et adolescents semblent être moins touchés, probablement car beaucoup de formes sont très peu voire asymptomatiques (2% des cas totaux en Chine (0-19 ans et 0,9% < 10 ans), 1,5% en Italie)
2. Les signes cliniques sont respiratoires comme chez l'adulte, parfois gastro-intestinaux
3. Les formes pédiatriques diagnostiquées sont beaucoup moins graves que chez les adultes. Dans une série chinoise 0,6% ont nécessité de la réanimation pour SDRA, la moitié avait moins de 1 an. Les formes graves semblent concerner uniquement des enfants ayant de lourdes pathologies associées (dont hématologique). Aucun décès rapporté en Italie. Deux décès rapportés en Chine. A priori un jeune garçon de 14 ans sans précision clinique et un de 10 mois qui avait une invagination intestinale aiguë.
4. Les explications à cette protection sont encore hypothétiques : protection immunitaire croisée, limitation des réactions inflammatoires générales, épithélium respiratoire moins réceptif...
5. L'association de signes de gravité avec l'obésité qui pourrait être un facteur de risque comme chez l'adulte n'est mentionnée dans aucune étude. Mais les comorbidités associés chez l'enfant sont encore peu décrites.

Ludvigsson, JF. Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020 Mar 23. doi: 10.1111/apa.15270.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32202343>

Depuis cette revue moins de 5 décès de mineurs ont été rapportés au niveau mondial, le lien avec l'obésité n'est pas confirmé à l'heure actuelle.

Sur le territoire national à ce jour le décès d'une jeune fille de 16 ans a été rapporté le 26/03/2020. Elle n'avait pas de comorbidité connue et pas de surpoids. Au moins 5 hospitalisations d'enfants âgés entre 10 et 18 ans et de jeunes adultes (< 25 ans) ont été rapportées par les pédiatres dans les services de réanimation parisiens. Une obésité associée aurait été notée dans la majorité des cas. Cependant, ces données doivent être confirmées et précisées.

Ressources pour aider nos patients en excès de poids confinés chez eux :

<https://www.promosante-idf.fr/alimentation-activite-physique-les-bons-reflexes-en-periode-de-confinement>

*Dr Véronique Nègre
Pr Béatrice Dubern*

COVID-19 et OBESITE

(suite de la Newsletter 1 spécial COVID-19 du 23 mars 2020)

Le risque de complications, comme la mortalité en réanimation ou la décompensation respiratoire, est-il augmenté pour les personnes obèses ? (suite)

Des données récentes proviennent de l'Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC). En effet, le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni, a réalisé une étude sur les caractéristiques de 196 patients hospitalisés en réanimation en Angleterre : 57 femmes et 139 hommes dont l'âge médian est de 64 ans (IQR 52-73). Sur ces 196, 56 patients étaient en surpoids, 58 patients en obésité grade I et II, et 13 avec IMC>40.¹

<https://www.icnarc.org/About/Latest-News/2020/03/22/Report-On-196-Patients-Critically-Ill-With-Covid-19>

De plus, l'obésité est associée à un portage plus long du virus influenzae A (H1N1 mais aussi H3N2), ce qui pourrait conduire à des risques de contaminations prolongées. Est-ce identique pour le covid ? Ceci n'a pas encore été étudié².

Quels conseils donnés aux personnes obèses, selon le degré de risque ?

Le NHS a écrit un certain nombre de recommandations pratiques s'appliquant à toutes les personnes à risques, dont les patients avec IMC>40 (ces conseils ne sont donc pas spécifiques aux patients obèses) :

- Eviter le contact avec des personnes présentant des symptômes (fièvre et ou toux)
- Ne pas sortir de chez soi (par exemple, se faire aider par quelqu'un pour les courses alimentaires et traitements, qui laissera sur le seuil de la porte les affaires)
- Contacter son médecin traitant par téléphone ou service en lignes (ne pas se déplacer sauf avis médical)
- Demander à son entourage du domicile, de réduire eux aussi les contacts en dehors de la maison. Dans ces recommandations, il est aussi conseillé aux personnes à risque de limiter les contacts à l'intérieur du domicile avec l'entourage familial (ne pas partager les repas, utiliser une autre salle de bain ou le cas échéant leur demander de la nettoyer après chaque utilisation). Néanmoins, ces mesures assez drastiques viennent sans doute du fait que les mesures de confinement ont été mises en place tardivement en Angleterre.

Autre information récente, la présence du virus dans les selles jusqu'à 47 jours après le début des symptômes et alors que parfois il n'est plus retrouvé dans les voies aériennes supérieures. Il n'est pas encore connu si cela est un mode de transmission possible (oral fécal), mais ceci encourage encore à bien se laver les mains, pour limiter le risque de contamination dans le domicile³.

Pour les personnes obèses avec comorbidités (diabète, apnée du sommeil, hypertension (HTA), cardiopathie...), y-a-t-il des traitements à éviter ? A privilégier ?

Il y a eu une large discussion sur l'utilisation des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IEC) ainsi que les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA2) pour les

traitements de l'HTA dans le contexte du covid (en lien avec la découverte que l'HTA est un des facteurs de risque de sévérité de la maladie et que par ailleurs, le virus pénètre dans les cellules pulmonaires après liaison à l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2) (homologue de l'ACE1 impliquée dans le système cardiovasculaire).

Néanmoins devant l'absence de preuve clinique et scientifique entre ces traitements anti-HTA et l'infection au covid, le conseil scientifique européen de l'hypertension (au sein de european society of cardiology) recommande donc fortement aux patients et aux médecins de continuer la prise des traitements usuels anti-hypertensifs.

Aucune donnée scientifique ne permet actuellement de justifier d'arrêter IEC et ARA2.

Une revue récente de la littérature sur le covid et les maladies CV conclue à la même chose⁴ en faisant le point sur de nombreuses conclusions de sociétés savantes internationales (société cardiovasculaire canadienne, société internationale d'hypertension, american college of cardiology).

Table 6. Cardiovascular Society Guideline Key Considerations with regard to CVD and COVID-19

Society/Guideline	Key Recommendations
ACC Clinical Guidance (88)	<ul style="list-style-type: none"> Establish protocols for diagnosis, triage, isolation of COVID-19 patients with CVD or CV complications Develop acute myocardial infarction-specific protocols (i.e. PCI and CABG) for COVID-19 outbreak
ESC Council on Hypertension Statement on COVID-19 (89)	<ul style="list-style-type: none"> Patients with hypertension should receive treatment with ACEi and ARB according to 2018 ESC/ESH guidelines despite COVID-19 infection status (95) In the case of shock, health care workers should continue or discontinue ACEi and ARB therapy on case-by-case basis
European Society of Hypertension (38)	<ul style="list-style-type: none"> As above
Hypertension Canada (90)	<ul style="list-style-type: none"> Patients with hypertension should continue their home blood pressure medical regimen
Canadian Cardiovascular Society (91)	<ul style="list-style-type: none"> Continuation of ACEi, ARB, and ARNI therapy is strongly recommended in COVID-19 patients
Internal Society of Hypertension (92)	<ul style="list-style-type: none"> Endorse the ESC Hypertension Statement (as above)

ACC = American College of Cardiology; ACEi = angiotensin converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; ARNI = angiotensin receptor neprilysin inhibitor; COVID-19 = coronavirus disease 2019; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; ESC = European Society of Cardiology; ESH = European Society of Hypertension

[https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-\(CHT\)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang](https://www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang)

Références

- Mahase, E. Covid-19: most patients require mechanical ventilation in first 24 hours of critical care. *BMJ* **368**, m1201 (2020).
- Maier, H. E. *et al.* Obesity Increases the Duration of Influenza A Virus Shedding in Adults. *J. Infect. Dis.* **218**, 1378–1382 (2018).
- Wu, Y. *et al.* Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol* (2020) doi:10.1016/S2468-1253(20)30083-2.
- Driggin, E. *et al.* Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *J. Am. Coll. Cardiol.* (2020) doi:10.1016/j.jacc.2020.03.031.

Dr Judith Aron-Wisnewsky

Apnées du sommeil, pression positive continue et COVID-19

La SFRMS, le groupe sommeil de la SPLF et la FFP ont souhaité apporter des éléments de réponse à certaines questions que les patients ou soignants se posent au sujet du syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et de son traitement par pression positive continue (PPC) dans le cadre de l'épidémie de COVID-19.

Le SAS est-il un facteur de risque ou de gravité vis-à-vis de l'infection à COVID-19 ?

Il n'y a pas d'argument pour une augmentation du risque lié directement au SAS. En revanche, le SAS est souvent associé à des conditions identifiées comme facteurs de risque ou de gravité de l'infection à COVID-19 (obésité, diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires).

Le traitement par PPC doit-il être poursuivi en cas d'infection à COVID-19 confirmée ou suspectée ?

Il n'y a aucune donnée sur l'impact clinique du traitement par PPC chez les patients avec SAS infectés par le COVID-19. En revanche, la fuite intentionnelle au masque et les forts débits d'air délivrés par la machine pourraient contribuer à diffuser le virus dans l'environnement du patient, et exposer son entourage proche.

- En cas d'infection à COVID-19 confirmée ou suspectée chez un patient maintenu à domicile :
 - Informer le médecin prescripteur et le prestataire de soin à domicile (par téléphone ou courrier électronique).
 - Ne pas utiliser sa PPC à proximité de son entourage familial (chambres séparées si possible).
 - Un arrêt temporaire du traitement pendant la durée de contagiosité pourra être discuté avec le médecin prescripteur (impossibilité de chambres séparées et conjointe ou conjoint à risque dans la chambre).
- En cas d'infection à COVID-19 confirmée ou suspectée chez un patient hospitalisé :
 - Arrêt de la PPC dans l'attente du résultat du test diagnostique COVID-19.
 - Si COVID-19 confirmé : poursuite avec modification de l'interface selon les recommandations du GAV-02. (<http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/LES-PROCEDURES-DU-GAVO2-ProtectionVirale2020-MAJ14mars2020-2.pdf>); en cas d'impossibilité d'appliquer ces recommandations, discussion d'arrêt du traitement pendant la durée de contagiosité.

Y-a-t-il des recommandations spécifiques concernant le nettoyage du masque et du circuit ?

Respectez scrupuleusement les recommandations du prestataire de soin à domicile pour le nettoyage de votre masque de PPC.

Le suivi du traitement par PPC est-il impacté par l'épidémie de COVID-19 ?

Dans le respect des mesures de confinement visant à lutter contre la propagation du virus, il est possible que certaines consultations de suivi et/ou enregistrements de contrôle soient différés et que les visites à domicile du prestataire de soin à domicile soient différées/annulés au profit du télésuivi. Les consultations de suivi pour les patients télésuivis pourront être assurées par téléconsultation.

INFORMATION :

Un WEBINAR sur Obésité et COVID-19 organisé par la World Obesity Federation (WOF) aura lieu le 3 avril à 15 heures.

Le Pr Karine Clément y représentera l'AFERO.

Ce WEBINAR portera sur les risques liés au COVID 19 chez les personnes souffrant d'obésité dans différents pays et régions du monde (dont USA, Asie/Corée du Sud, Amérique du Sud).

Il est nécessaire de vous inscrire au préalable en suivant ce lien :

https://zoom.us/webinar/register/WN_xazYtTiKRaiDngSVqyUXjQ

Retrouvez toutes nos actualités COVID et Obésité sur les site de FORCE et de l'AFERO :

<https://www.force-obesity.org/fr/covid-19-obesite>

www.afero.fr

Remerciements

Le GCC des CSO remercie tout particulièrement le groupe de travail communication du GCC des CSO ainsi que les rédacteurs de ce numéro spécial de « Brèves des CSO »

Le Groupe de Coordination et de Concertation des Centres Spécialisés de l'obésité
L'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité
Réseau French Obesity Research Center of Excellence

