



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Un numéro spécial COVID-19 du *Journal de chirurgie viscérale* : quels problèmes, quels dangers et quelles solutions sont identifiés ?[☆]



A special edition of the Journal of Visceral Surgery on COVID-19: What problems, dangers and solutions have been identified?

Toutes les spécialités chirurgicales voient leur exercice modifié, déstructuré par la pandémie du Syndrome respiratoire aigu (SARS-CoV-2). De très nombreuses sociétés savantes ont publié des recommandations et conseils pour la chirurgie à l'heure du COVID-19 [1,2].

Tous, quels que soient nos modes et nos lieux d'exercice, recherchons un équilibre entre les possibles et les dangers. Bien sûr, selon nos situations respectives, ces équilibres seront perçus différemment. Ainsi va la chirurgie des cancers. Et cette perception sera évolutive dans le temps en fonction de la progression et des phases de la pandémie.

Oui, il serait souhaitable de continuer à opérer des cancers, même en restreignant peut-être certaines indications. Oui, mais à quel prix et face à quels dangers ?

Est-il raisonnable qu'un cancer du côlon localisé puisse attendre quelques semaines une chirurgie, oui – quelques mois ? euh ; trois ou quatre mois, non. Où cette pandémie risque-t-elle de nous conduire ?

Pour certain, le risque peropératoire global est augmenté et mal contrôlé en période de pandémie et donc il faut reporter un patient affecté d'un cancer colique limité, non symptomatique, car il faut le guérir et ce sursisque ne semble pas acceptable. C'est ce qui est expliqué pour partie dans l'article de JJ Tuech et al. que nous publions [3]. Ce risque peropératoire, lié au COVID-19, a initialement été rapporté sur une seule publication chinoise faisant état de 4 cas, ce qui était bien léger. Mais une seconde publication, elle, est bien plus inquiétante avec, pour une trentaine de patients, 44 % d'hospitalisation en soins intensifs et une mortalité globale de 20 % [4]. Alors, vous lirez sûrement avec intérêt les cas rapportés par deux équipes de chirurgie parisiennes d'infection nosocomiale par COVID-19 et le devenir de ces patients à très court terme [5]. Le risque n'est pas nul, c'est certain.

Pas pour certains qui ne valident pas cette notion de sursisque et anticipent, à juste titre, un afflux massif aux blocs dans quelques semaines. Fort de cette analyse, ces collègues pensent qu'il faut donc continuer quand même à opérer les patients ayant un cancer, si cela est possible. Opérer coûte que coûte, en essayant d'être inventif, et c'est ce point de vue que défend un de nos collègues qui travaille dans une zone très touchée par l'infection [6].

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2020.04.019>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

<https://doi.org/10.1016/j.jchirv.2020.04.016>

1878-786X/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

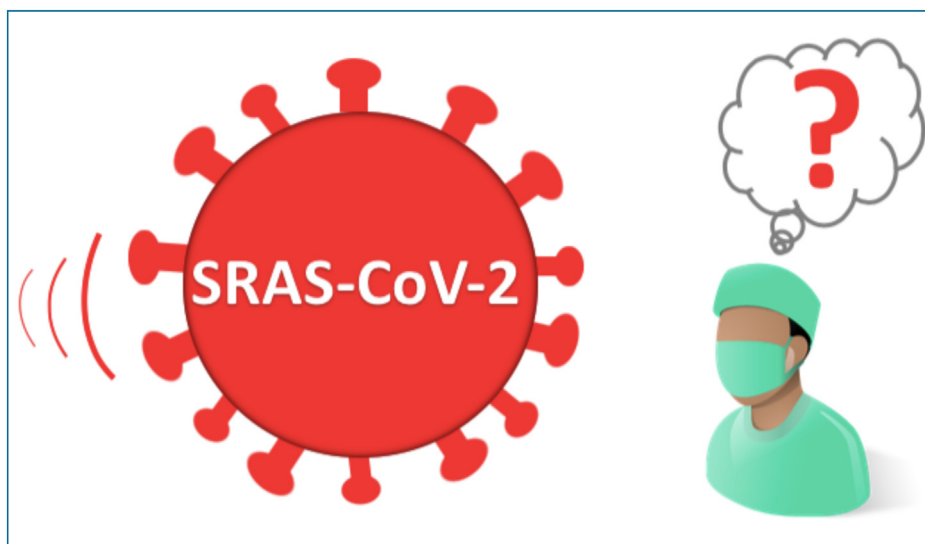


Figure 1. Vigilance.

Comment gérer au mieux des risques que nous identifions si mal ? Car oui, les risques sont multiples. Ainsi, si en France, demain une Agence régionale de santé (ARS) impose à un groupe de chirurgiens de se déplacer pour pratiquer la chirurgie des cancers sur un centre COVID-19 négatif, faut-il y voir un élément de progrès et enfin une organisation qui transcende nos clivages publics/privés ? Un effet positif de cette crise ? Sauf si la chirurgie du cancer est faite dans un centre de niveau 1 qui n'a pas l'habilitation (par cette même ARS) à opérer les cancers. Or, la chirurgie du cancer doit répondre à des critères de qualité, et ces critères ne sont pas exclusivement liés au chirurgien. Si les critères de qualité de la réanimation et de l'anatomopathologie ne sont pas remplis par une trop faible activité antérieure – où allons-nous ? Nous allons ainsi délivrer des traitements anticancéreux incertains, à des patients, pour remplir des cases d'un tableur Excel. Nous allons risquer aussi, dans l'après COVID-19, de ne plus pouvoir dire à ces centres de niveau 1 qu'ils ne doivent pas opérer les cancers. Des patients mal soignés et des années de travail d'organisation sanitaire de perdues.

Alors, il faut donc réfléchir et gérer déjà, l'après crise et vous lirez avec intérêt les réflexions et recommandations de la SFCE [7]. Oui, il faut anticiper et prévoir ce qui aurait pu être prévu.

Il reste encore à affronter la pandémie, les blocs moribonds, les collègues anesthésistes, déjà dans certaines régions, épuisés et à tenir pour les urgences. Oui ces urgences, grandes oubliées des organisations, où ne comptent que le nombre de lits, de nouveaux lits, de lits libres et de réanimation COVID-19. Ces urgences qui se sont modifiées, ont diminué en nombre et progressé en gravité ; peut-être parce que les malades ont peur de se rendre à l'Hôpital ? Ceci induisant des situations complexes avec les urgences et exposées dans deux textes de ce numéro spécial [8,9]. Les symptômes cliniques de l'infection par COVID-19 peuvent également être à localisation digestive prédominante ou bruyante, comme la mini-revue vous l'exposera [10].

Soyons vigilants en cas d'appendicite, vigilants pour le diagnostic et faites une tomodensitométrie y compris du poumon, un cas est présenté dans ce numéro [11] (Fig. 1). Mais aussi, revenez, si vous maîtrisez cette technique, à la voie d'abord directe par Mac Burney car il existe un risque

entre aérosolisation du virus et nos gaz de coelioscopie (une mini revue vous exposera cela) [12]. Enfin, si vous n'avez plus aucun accès au bloc opératoire, il vous reste, à vous chirurgien et non à un médecin, à mettre en place un traitement médical de cette appendicite comme cela vous est exposé dans une mise au point [13]. Mais tenez bon ! Gardez un bloc pour les urgences, malgré les demandes fortes des ARS où les injonctions sont d'une force inouïe à la vue du nombre de morts et malgré la tentation d'ouvrir encore un lit de plus par nos anesthésistes réanimateurs entraînés dans l'avalanche des cas et les choix de moins en moins planifiés. Tenez bon, car c'est sans doute là, en urgence, encore, que nos compétences de chirurgiens seront les plus utiles dans cette tourmente effroyable et que nous pourrons sauver des vies, car la péritonite tue elle aussi, avec ou sans virus.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Akladios C, Azais H, Ballester M, et al. Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic – FRANCOGYN group for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2020:101729.
- [2] <https://isspp.org/covid-19-pandemia-isspp-recommendation-for-therapy-of-patients-with-peritoneal-and-pleural-metastasis/>.
- [3] Tuech JJ, Gangloff A, Di Fiore F, Michel P, Brigand C, Slim K, Pocard M, Schwarz L. Strategy for the practice of digestive and oncological surgery during the Covid-19 epidemic. *J Visc Surg*. doi: 10.1016/j.jvisurg.2020.03.008. Online ahead of print.
- [4] Lei S, Jiang F, Su W, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection. *EclinicalMedicine* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100331> [Published: April 04, 2020].
- [5] Luong-Nguyen M, Hermand H, Abdalla S, et al. Nosocomial infection with SARS-Cov-2 in the Digestive Surgery departments. *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvisurg.2020.04.016> [Online ahead of print].
- [6] Pessaux P. Re: strategy for the practice of digestive and oncological surgery during the Covid-19 epidemic. *J Visc*

- Surg 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.005> [Online ahead of print].
- [7] Baud G, Brunaud L, Lifante JC, et al. Endocrine surgery during and after the Covid-19 epidemic: expert guidelines in France. *J Visc Surg* 2020 [DOI].
- [8] Slim K, Veziant J. Urgent digestive surgery, a collateral victim of the Covid-19 crisis? *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.001> [Online ahead of print].
- [9] Canis M. Re: strategy for the practice of digestive and oncological surgery during the Covid-19 epidemic. *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.007> [Online ahead of print].
- [10] Gornet JM, Tran Minh ML, Leleu F, Hassid D. What surgeons need to know about digestive disorders and paraclinical abnormalities induced by COVID-19? *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.017> [Online ahead of print].
- [11] Pautrat K, Chergui N. SARS-CoV-2 infection may result in appendicular syndrome: chest CT scan before appendectomy. *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.007> [Online ahead of print].
- [12] Veziant J, Bourdel N, Slim K. Risks of viral contamination in healthcare professionals during laparoscopy in the Covid-19 pandemic. *J Visc Surg* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2020.04.010> [Online ahead of print].
- [13] Collard M, Lefevre JH, Maggiori L. Health crisis related to COVID-19: treatment modalities of acute uncomplicated appendicitis in adults managed by antibiotics alone as an alternative to appendectomy. *J Visc Surg* 2020 [Online ahead of print. DOI].

M. Pocard^{a,b}

^a UMR 1275 CAP Paris-Tech, université de Paris, 75010 Paris, France

^b Service de chirurgie digestive et cancérologique, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

Adresse e-mail : marc.pocard@aphp.fr
Disponible sur Internet le 4 mai 2020