

## Care sunt simptomele care pot ridica suspiciunea de COVID-19 la pacienții cu IBD

### *Ce știm despre COVID-19 până acum?*

COVID-19 (**Coronavirus disease 2019**) este o afecțiune respiratorie virală cu risc vital, cauzată de noul coronavirus responsabil de sindromul respirator acut sever – **Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV-2)**

SARS-COV-2 se caracterizează printr-o contagiozitate (transmitere de la o persoană la alta) foarte mare, fiecare persoană infectată infectând în medie alte 2-4 persoane, ceea ce a determinat evoluția pandemică a infecției, generând una dintre cele mai semnificative crize de sănătate din istoria modernă.

Din datele existente până în acest moment, particulele virale pot ajunge de la persoana infectată la persoana receptoare prin nas (pe cale respiratorie, sub formă de aerosoli), gura (pe cale digestivă, prin contactul cu mâna sau obiecte contaminate) și ochi (pe cale conjunctivală, picături de salivă sau mâini contaminate cu care ne atingem ochii). În consecință, aceste căi trebuie protejate de infecție prin masca ce trebuie să ne acopere nasul și gura (a carei suprafață externă nu o atingem și o aruncăm după utilizare cu fața externă pliată în interior), spălătul pe mâini cu apă și săpun timp de 30-40 secunde sau purtarea de mănuși (atenție la mănuși, ele nu protejează decât mâinile, nu vă atingeți fața, ochii, nasul sau gura cu manusile!), și ochelari sau vizetă protectoare. Perioada de incubatie (intervalul de la contractarea bolii până la simptome) poate varia între 1 și 14 zile, în medie 3-7 zile.

### *Ce simptome trebuie să ne alerteze?*

COVID-19 se manifestă printr-o constelație de simptome ce variază în severitate, de la cazuri asimptomatice până la forme severe de insuficiență respiratorie acută. Cele mai frecvente simptome sunt respiratorii: tuse, dispnee (dificultati la respirație: senzația ca „nu ne ajunge aerul” inspirat, scurtarea respirației, sete de aer), durere/junghi toracic, gât uscat. La acestea se adaugă simptome generale ca febra (foarte frecvent și, de regula, peste 38°C), astenie (oboseala) marcată, adinamie (oboseală extremă asociată cu dificultatea de a face eforturi minime ca mersul la baie, activități de autoingrijire - spălat, pieptănat etc. sau ridicarea din pat), mialgii (dureri musculare).

La debut și în formele ușoare, numeroși pacienți (până la 40-50%) se plâng de pierderea mirosului (anosmie) și gustului (ageuzie) – simptome la care e bine să fim atenți și care trebuie să ne alerteze, fiind caracteristice stadiilor inițiale ale bolii.

### *Poate COVID-19 să se prezinte ca o afecțiune digestivă (cu simptome digestive)?*

Studiile provenind din epicentrul pandemiei SARS-COV-2, provincia Hubei din China, au raportat că simptomele digestive pot fi întâlnite în până la 50% dintre pacienți, cel mai frecvent simptom fiind lipsa apetitului (inapetenta sau anorexie); 20-25% dintre pacienți prezintă diaree, durere abdominală, greață, varsături. Aceste simptome se pot suprapune peste afecțiuni cronice gastrointestinale, complicând tabloul, creând confuzie și întârziere în diagnostic. Simptomele digestive nu sunt specifice COVID-19 și nu îmbracă un aspect particular la pacienții cu IBD, dar se asociază, de regulă, cu simptome respiratorii, febra,

astenie marcata sau pierderea gustului sau mirosului, aceasta asociere fiind de natura sa ne alerteze. Numai o minoritate de pacienti (aproximativ 7%) poate prezenta exclusiv simptome digestive. Simptomele digestive se agraveaza in paralel cu severitatea COVID-19.

Pacienții cu simptome gastrointestinale au prezentat SARS-cOV-2 atât in exudatul nazal si faringian, cat si in fecale. Prezenta simptomelor gastrointestinale si a SARS-COV-2 in scaun ridica suspiciunea transmiterii fecal-orale, un aspect important de reținut in perspectiva procedurilor de evaluare endoscopica a acestor pacienti.

Relația dintre simptomele gastrointestinale nespecifice si infecția SARS-COV-2 trebuie intotdeauna evaluată si completata prin ancheta epidemiologica (contactul neprotejat in ultimele 14 zile cu persoane confirmate SARS-COV-2 pozitiv, persoane care au calatorit recent in zone “rosii”, persoane in carantina, focare familiale, etc.). De asemenea, nu trebuie sa pierdem din vedere ca în aceasta perioadă exista și alte viroze decat SARS-COV-2, care se manifesta cu febra uneori pana la 40°C, astenie, fenomene respiratorii, care pot fi tratate cu Paracetamol si Aspirina cateva zile.

Sfatul cel mai important în acest context pandemic este ca pentru orice suspiciune de diagnostic să luați legatura cu medical curant pentru indicatii in vederea diagnosticului.

### ***Cum diagnosticăm infecția SARS-COV-2?***

Standardul de diagnostic pentru infectia cu SARS-COV-2 este detectia virusului in exudatul nazo-faringian prin tehnici moleculare tip PCR (polymerase chain reaction) care detecteaza ARN-ul viral. Sensibilitatea testului este de aproximativ 70%, maxima in zilele 1-7 de la debut, dupa care sensibilitatea scade lent pana la 21 de zile, fiind descriși pacienti cu test pozitiv pana la 2 luni.

Testele serologice sunt fundamentate pe detecția anticorpilor anti-SARS-COV-2 de tip IgM initial (dupa 5-8 zile) si IgG ulterior (dupa 14 zile). Sensibilitatea lor pentru diagnostic creste progresiv dupa 8-14 zile, iar combinarea lor are sensibilitate de 100% de diagnostic dupa 14-40 de zile. Variate teste serologice cu sensibilitate si specificitate incerta sunt disponibile. Utilizarea testelor serologice nu este recomandată pentru detecția infecției actuale (la camera de garda, pentru diagnostic sau excluderea acestuia etc.) deoarece interpretarea testului pozitiv sau negativ este confuziva. Ele vor fi de utilitate, aplicate pe scara larga, in scop de sanatate publica (pentru a identifica subiecții care au făcut boala si au dobandit, posibil, imunitate).

### ***Care sunt categoriile de pacienți vulnerabile la infecția SARS COV2 ? Sunt pacienții cu boli inflamatorii intestinale o astfel de populație?***

SARS-COV-2 poate afecta oricare individ. Chiar dacă riscul de a face infecția este similar, observatiile din practica (China, Italia, Spania) demonstrează că subiecții peste 60 de ani au riscul cel mai mare pentru dezvoltarea unor forme severe, care necesita internarea in servicii de Terapie Intensiva. Alte categorii cu risc crescut sunt reprezentate de pacienții cu co-morbiditati ca diabet zaharat, hipertensiune arterială, afectiuni cardio-vasculare si cerebro-vasculare, pacienții institutionalizați sau aflați in ingrijire de lunga durata la domiciliu, pacientii cu afectiuni cronice pulmonare, renale si hepatice, precum si subiecții obezi.

O intrebare frecventă este daca pacienții imunodeprimati, incluzând aici pacientii cu boli inflamatorii intestinale (IBD), au un risc crescut de infectie SARS-COV-2.

Pacientii cu afectiuni cronice digestive (IBD, cancere digestive, boli cronice hepatice) si pacientii aflați in tratament imunosupresor pe termen lung/indefinit (pacienții cu boli

autoimune, transplantați hepatic, IBD etc.) reprezintă categorii vulnerabile pentru infecția SARS-COV-2. Întreruperea vizitelor programate pentru monitorizare, înlocuirea lor cu „vizite digitale”, întreruperea sau întârzierea aplicării medicației specifice (tratamentul biologic, chimio/radioterapia pentru pacienți oncologici etc.) poate crește morbi-mortalitatea acestor pacienți pe termen mediu și lung.

În acest moment, nu există date care să sugereze riscul crescut de infecție sau evoluția mai severă a infecției SARS-COV-2 la pacienții cu IBD. În ciuda statusului lor imunodeprimat și a medicației specifice, aceștia par să dezvolte forme ușoare ale COVID-10; acest fapt se poate datora statusului lor imunodeprimat, care pare să îi protejeze de dezvoltarea unui răspuns imun supradimensionat și necontrolat împotriva SARS-COV-2. O concluzie finală va rezulta din analiza registrelor specifice în care sunt înrolați acești pacienți.

În ceea ce privește femeile însărcinate și care alăptează, nu există date care să sugereze transmiterea materno-fetală sau prin alăptare.

Interviu ASPIIR cu

**Liana Gheorghe**  
**M.D. PhD**

*Professor of Gastroenterology & Hepatology  
Carol Davila University of Medicine and Pharmacy  
Fundeni Clinical Institute  
Bucharest, Romania*

