

Recommandations pour le délestage des activités endoscopiques pour la COVID-19

Recommandations en date du 27 mars 2020

*** Ce document sera mis à jour au besoin à mesure que la situation évoluera.***

Considérant la situation d'urgence sanitaire déclarée au Québec le 13 mars dernier, voici des recommandations quant aux activités de délestage en endoscopie. Tenant notamment compte du contexte oncologique, ces recommandations sont complémentaires aux directives générales déjà émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et disponibles sur le site Web suivant : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/procedures-endoscopiques/>.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à délester doit être évaluée par le Comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Selon les réalités physiques propres à chaque milieu, il est demandé d'instaurer trois zones de confinement pour les activités ambulatoires selon la terminologie suivante (c.f. document MSSS Coronavirus COVID-19 Zones de confinement pour les soins hospitaliers (aigus et les cliniques ambulatoires)).

- Zone froide : clientèle sans COVID-19 ;
- Zone tiède : pour les COVID-19 suspectées ;
- Zone chaude : pour les COVID-19 confirmées.

PATIENT COVID-19 POSITIVE / PATIENT SYMPTOMATIQUE EN ATTENTE DE RÉSULTAT / PATIENT CONTACT EN ISOLEMENT

- Tous les cas évalués comme étant non urgents doivent être délestés et réalisés ultérieurement selon la reprise des activités, la priorité prescrite ou la réception d'un résultat négatif ;
- Tous les cas d'urgence doivent être faits en tenant compte des consignes suivantes :
 - Effectuer l'examen dans l'environnement du patient infecté tout en essayant le plus possible de ne pas le déplacer ;
 - Utiliser le chariot mobile pour les cas urgents à faire à l'urgence et aux soins intensifs au lieu de déplacer le patient vers l'endoscopie ;
 - Utiliser une salle ou une chambre à pression négative pour réaliser l'intervention ;

- Réaliser les cas en fin d'avant-midi ou fin d'après-midi si le patient doit être déplacé en endoscopie ;
- Limiter les intervenants dans la salle d'examen, soit le nombre nécessaire pour réaliser l'examen à l'interne de la salle et au besoin un intervenant en externe ;
- Mettre en place et suivre les mesures de prévention et contrôle des infections appropriées à la situation.

PATIENT NON INFECTÉ, NON-CONTACT ET ASYMPTOMATIQUE

- Tous les cas évalués comme étant non urgents doivent être délestés et réalisés ultérieurement selon la reprise des activités et la priorité prescrite ;
- Tous les cas d'urgence doivent être faits en tenant compte des consignes suivantes :
 - Appeler tous les patients qui subiront un examen la veille de l'examen pour confirmer l'absence de symptômes/l'absence d'isolement (retour de voyage ou contact avec une personne infectée) et de vérifier ces mêmes informations à l'arrivée au centre hospitalier ;
 - Pour les accompagnateurs : valider avec le patient devant recevoir une sédation-analgésie lors de son examen que son accompagnateur ne présente aucun symptôme/isolement/retour de voyage/contact avec une personne infectée et de revalider ces mêmes informations à l'arrivée au centre hospitalier.
- Mise en place d'un plan de délestage selon les types d'endoscopie suivants et selon la condition médicale du patient, toujours en évaluant le risque-bénéfice de l'intervention endoscopique vs le risque d'infection au COVID-19, surtout pour les patients de plus de 70 ans :

*****Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Ce document est un guide et non une liste exhaustive. Selon le niveau d'alerte dans la région, l'évaluation des cas à réaliser doit tenir compte du niveau d'alerte, de la disponibilité des ressources humaines et de l'équipement de protection.*****

➤ COLOSCOPIE :

- En lien avec l'utilisation du formulaire AH-702 :
 - Les niveaux de priorité P1 devraient être maintenus ;
 - Les niveaux de priorité P2 devraient être maintenus mais faire l'objet d'une évaluation clinique, au cas par cas, et délestés selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre ;

- Les niveaux de priorité P3 devraient faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, en priorisant les requêtes avec FIT positif. Selon le niveau d'alerte dans la région, attendre une stabilisation/amélioration de la situation COVID-19 avant d'être réalisés et lors de la reprise, les RSOSi+ devront être priorisés. Tout P3-P2 qui devient P2-P1 doit être réévalué en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient ;
- Les P4, P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés.

Les redditions de comptes en lien avec les listes d'attente en coloscopie par GestRed sont maintenues. En revanche, les redditions des annexes de qualité (annexes 3-4-5) et la reddition des audits infirmiers sont suspendues jusqu'à nouvel ordre.

➤ GASTROSCOPIE :

- Les cas considérés urgents devraient être maintenus ;
- Les autres cas évalués, au cas par cas, sinon délestés selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre ;
- Les cas de suivi devraient attendre et être délestés.

➤ ÉCHO-ENDOSCOPIE ET ENTÉROSCOPIE :

- Les cas devraient faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, sinon déléster selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre car si risque de cancer, ceux-ci devront être priorisés puisqu'ils ne pourraient pas attendre très longtemps.

➤ ERCP :

- Les cas devraient être maintenus car même les cas électifs risquent de devenir urgents si on les déleste pendant plusieurs jours. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre.

➤ BRONCHOSCOPIE :

- Les cas considérés urgents devraient être maintenus (comme l'hémoptysie, les corps étrangers, etc.) ;
- Les autres cas, au cas par cas, sinon délestage.

➤ ÉCHOGRAPHIE ENDOBRONCHIQUE :

- Les cas devraient faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, car si risque de cancer, ceux-ci devront être priorisés puisqu'ils ne pourraient pas attendre très longtemps, sinon délestage.

- RHINOPHARYNGOLARYNGOSCOPIE (RPL) en centre hospitalier :
 - Une diminution drastique des scopies est indispensable afin de minimiser le risque de contamination par ce virus ;
 - Limiter l'utilisation de cet examen aux cas urgents pour lesquels la scopie aura un impact significatif sur la prise en charge. Il pourrait être indiqué entre autres pour l'évaluation des cancers du larynx obstructifs ainsi que pour toute autre pathologie nécessitant un traitement urgent des voies aérodigestives supérieures ;
 - L'endoscopie doit être effectuée par vidéo-surveillance si possible, plutôt que par visualisation directe à travers l'oculaire. Il est recommandé d'enregistrer l'examen (en partie ou en totalité) si indiqué au bénéfice d'autres professionnels et ainsi éviter de répéter l'examen inutilement ;
 - NE PAS UTILISER de décongestionnant topique et d'anesthésique local sous forme de pulvérisation et envisagez d'utiliser du coton imbibé si nécessaire pour réduire le risque de propagation des gouttelettes d'éternuements ou de toux.

- CYSTOSCOPIE :
 - Les cas nécessitant une cystoscopie (manipulations endo-urologiques) considérée urgente devraient être maintenus :
 - Calcul urétéral symptomatique non soulageable ;
 - Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë ;
 - Calcul urétéral infecté ;
 - Calcul urétéral sur rein unique ;
 - Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire ;
 - Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie ;
 - Hématurie macroscopique ;
 - Les cas de suivi de cancer de vessie devraient faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas :
 - Pour les tumeurs de faible risque, une évaluation au cas par cas avec report de la procédure après la COVID-19 est suggérée ;
 - Pour les tumeurs de risque intermédiaire, une évaluation de suivi est à évaluer au cas par cas, mais les cystoscopies de surveillance peuvent être considérées pour la première année de suivi ;
 - Pour les tumeurs de haut risque, les cystoscopies de suivi devraient être maintenues pour la première année après la dernière résection. Pour la deuxième année, les cystoscopies peuvent être espacées aux 6 mois pour la durée de la COVID-19 ;
 - Les autres cas nécessitant une cystoscopie devraient faire l'objet d'une évaluation au cas par cas, sinon délestage ;
 - Les cas d'incontinence urinaire, de SBAU réfractaire sans rétention, d'infections urinaires, d'hématurie microscopique asymptomatique et autres pathologies non urgentes devraient être délestés ;

- L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage peut être considérée durant l'épisode de la COVID-19.
- ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE :
 - Ces interventions devraient être reportées.
- BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE :
 - Ces interventions peuvent être maintenues avec évaluation au cas par cas, surtout pour les patients de plus de 70 ans. Les échographies prostatiques seules sans biopsie ne devraient pas être effectuées.
 - Il est préférable de biopsier les tumeurs présumées agressives
 - cT3 au TR ;
 - APS supérieur ou égal à 20 ;
 - suspicion de métastases (selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale).
 - Les cas suivants peuvent être retardés à la suite de la crise de la COVID-19 :
 - biopsie de suivi chez les patients sous surveillance active ;
 - patients de plus de 70 ans avec TR normal ou cT2 avec APS < 20 ;
 - patients de tous âges confondus avec TR normal et APS < 10.
 - Les pyélographies rétrogrades, le botox intra-vésical et les cystostomies électives devraient être délestés.
- COLPOSCOPIE :
 - Ces interventions peuvent être maintenues pour les nouvelles patientes pour LIGE (lésions intraépithéliales de haut grade), ASC-H, AIS (\leq 12 semaines de la référence), anse diathermique prévue et les lésions suspectes de cancer.
 - Pour plus de détails vous référer aux recommandations que l'ASCCP a soumis en date du 19 mars 2020 : <https://www.asccp.org/covid-19>.
- HYSTÉROSCOPIE :
 - Ces interventions devraient être reportées.