

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur digestif) en contexte COVID-19

Novembre 2020

Les services en endoscopie ont été modulés lors du début de la pandémie selon la priorisation des activités endoscopiques à réaliser ou à déléster qui étaient évaluées par les comités mis en place dans les établissements. Dans le contexte où le réseau de la santé et des services sociaux doit dorénavant cohabiter avec la COVID-19, les consignes du printemps 2020 sont révisées et le présent document soutient la priorisation relative des activités en fonction des niveaux d'alerte du Plan provincial de contingence COVID-19 en centre hospitalier et du Plan d'adaptation des niveaux d'activités en oncologie qui sont disponibles au lien suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/directives-covid-19/>.

La priorisation des activités endoscopiques à réaliser et le niveau d'activités en place doivent être évalués par le comité local d'endoscopie mis en place dans les établissements/installations lors des travaux de mise à niveau des unités d'endoscopie.

Des prérequis doivent être évalués pour passer à un niveau d'alerte supérieur ou inférieur en tenant compte, entre autres :

- de la disponibilité de l'équipement de protection individuelle (ÉPI);
- de la disponibilité des ressources humaines;
- de la disponibilité des médicaments (liste de pénuries);
- de la disponibilité des lits d'hospitalisation.

Il est proposé que lors du passage d'un niveau d'activités à l'autre, une évaluation minimale du niveau d'activités soit faite pour permettre une analyse et une mesure de l'effet du changement sur les cas en attente et de réévaluer le risque clinique du délestage chez le patient versus le risque de réalisation de l'intervention en situation de COVID-19. Les listes d'attente doivent faire l'objet d'un processus dynamique de réévaluation en tenant compte de la symptomatologie, des résultats de laboratoires, des examens d'imagerie, etc.

Considérations générales

1. 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. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Par exemple, tout niveau de priorité P3-P2 qui devient P2-P1 doit être réévalué en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation postgastroscopie;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE DIGESTIVE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
1 et 2 Maintenir 70-90 % de l'activité régulière Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	COLOSCOPIE	P1* P2* P3* P4* Contrôle 3 ans et moins P5* Contrôle de plus de 3 ans	≤ 24 heures ≤ 14 jours ≤ 60 jours ≤ 180 jours À la suite	<ul style="list-style-type: none"> • Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent être maintenues; • Les P4 doivent être maintenues; • Les cas de contrôle/suivi de 3 ans et moins doivent être maintenus; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et être redirigées vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie; • Les P5 et contrôles de plus de 3 ans devraient être réalisés une fois que les cas des autres priorités aient été résorbés, mais réévalués en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.
	GASTROSCOPIE	Urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement de perforation/fuite/fistule Semi-urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique • Hémorragie digestive haute non urgente GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive ou avec Sx d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection/éradication de cancer ou lésion dysplasique 	≤ 14 jours	<ul style="list-style-type: none"> • À la suite : <ul style="list-style-type: none"> ○ Investigation de reflux œsophagien; ○ Suivi d'une œsophagite; ○ Dyspepsie sans symptôme d'alarme; ○ Dépistage et suivi. • Malgré ces cas réalisés à la suite, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Niveaux 1 et 2 (suite) Maintenir 70-90 % de l'activité régulière Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 		Électif : <ul style="list-style-type: none"> • Anémie ferriprive • Suivi ulcère peptique • Résection de polype duodéal • Dysphagie stable • Suspicion de maladie cœliaque • Entéroscopie pour saignement obscur 	≤ 60 jours	
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	Urgent : maintenir Semi-urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires Électif : à la suite		
	CPRE	Urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Ictère obstructif • Cholangite Semi-urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) • Retrait/changement de prothèses Électif : à la suite		
	Motilité gastrique	Au cas par cas	À la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
3 <u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u> <u>Prérequis :</u> <ul style="list-style-type: none"> • 50-70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> • Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent être maintenues; • Les P4 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec dépistage de cancer colorectal chez les patients à haut risque doivent impérativement être priorisées parmi tous les P4 en attente; • Les P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés; • Les P5 devraient faire l'objet d'une réévaluation et être redirigées vers le RSOSi selon la procédure habituelle inscrite dans le Guide de mise à niveau des unités d'endoscopie.
		P2*	≤ 14 jours	
		P3*	≤ 60 jours	
P4*	≤ 180 jours			
P5* Contrôle	Délestage			
	GASTROSCOPIE	<p><u>Urgent</u> : maintenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement de perforation/fuite/fistule <p><u>Semi-urgent</u> : maintenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique • Hémorragie GI haute non urgente avec un GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade <p><u>Électif</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anémie ferriprive • Suivi d'ulcère peptique 	<p>≤ 14 jours</p> <p>≤ 60 jours</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les cas semi-urgents et électifs à maintenir selon exemple. Les autres au cas par cas, sinon délester; • Délestage : <ul style="list-style-type: none"> ○ Investigation de reflux œsophagien; ○ Suivi d'une œsophagite; ○ Dyspepsie sans symptôme d'alarme; ○ Dépistage et suivi. • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation postgastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	<u>Urgent</u> : maintenir		

<p>Niveau 3 (suite)</p> <p><u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u></p> <p><u>Prérequis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	ÉCHO-ENDOSCOPIE	<p><u>Semi-urgent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infecté/nécrosectomie • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires <p><u>Électif :</u> délester</p>		
	CPRE	<p><u>Urgent :</u> maintenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictère obstructif • Cholangite <p><u>Semi-urgent :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse <p><u>Électif :</u> délester</p>		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations
4 <u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u> <u>Prérequis :</u> <ul style="list-style-type: none"> • 30-50 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie) 	COLOSCOPIE	P1* P2* P3* P4* P5* Contrôle	≤ 24 heures ≤ 14 jours ≤ 60 jours Délestage	<ul style="list-style-type: none"> • Les P1 doivent être maintenues; • Les P2 doivent être maintenues; • Les P3 doivent faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, les requêtes avec FIT positif doivent impérativement être priorisées parmi toutes les P3 en attente; • Les P4, P5 et cas de contrôle/suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.
	GASTROSCOPIE	<u>Urgent</u> : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Hémorragie digestive haute active avec GBS > 1 • Corps étranger ou dysphagie sévère • Traitement perforation/fuite/fistule <u>Semi-urgent</u> : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Haute suspicion de cancer basée sur l'imagerie, symptômes ou l'examen physique • Hémorragie digestive haute non urgente avec un GBS > 1 • Ligature de varices après saignement aigu • Dysphagie progressive/avec symptômes d'alarme • Installation PEG/PEJ/NJ • Résection de cancer ou lésion avec dysplasie de haut grade <u>Électif</u> : délester	≤ 14 j	<ul style="list-style-type: none"> • Les cas considérés urgents doivent être maintenus; • Les cas semi-urgents à maintenir selon exemple. Les autres, au cas par cas, sinon délester; • Les cas de suivi devraient attendre et être délestés; • Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; • Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation post-gastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	<u>Urgent</u> : maintenir <u>Semi-urgent</u> : maintenir <ul style="list-style-type: none"> • Drainage échoguidé de collections de liquide pancréatique infectée/nécrosectomie 		

Niveau 4 (suite) Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> • 30-50 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie) 	ÉCHO-ENDOSCOPIE	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer • Suspicion de calculs biliaires <p>Électif : délester</p>		
	CPRE	<p>Urgent : maintenir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ictère obstructif • Cholangite <p>Semi-urgent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstruction biliaire symptomatique (sténose, néoplasie) si forte suspicion de cancer • Le reste au cas par cas pour retrait/changement de prothèse <p>Électif : délester</p>		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai maximal	Recommandations	
Activités essentielles - ne pas délester Maintenir 15 % de l'activité habituelle Pénurie identifiée de : <ul style="list-style-type: none"> < 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital; Disponibilité d'ÉPI; lits d'hospitalisation et de soins intensifs 	COLOSCOPIE	P1*	≤ 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> Les P1 doivent être maintenues; Les P2 devraient être maintenues, mais faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas et délester selon le niveau d'alerte dans la région. Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; Les P3, P4, P5 et cas de contrôle/suivis devraient attendre et être délestés; Attendre une stabilisation/amélioration de la situation de la COVID-19 avant la reprise, et les P3 devront faire l'objet d'une évaluation clinique, cas par cas, en priorisant les requêtes avec FIT positif; Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. 	
		P2*	≤ 14 jours		
	GASTROSCOPIE	Urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie digestive haute active avec un score de Glasgow-Blatchford (GBS) > 1 Corps étranger ou dysphagie sévère Traitement perforation/fuite/fistule 			<ul style="list-style-type: none"> Les cas considérés urgents doivent être maintenus; Les autres cas, au cas par cas, sinon délester; Réévaluer chaque cas reporté pour prioriser d'une semaine à l'autre; Les cas de suivi devraient attendre et être délestés; Malgré le délestage, réévaluer chaque cas reporté pour prioriser en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient; Évaluer au cas par cas, tous les examens en lien avec la manométrie et la motilité gastrique nécessaires pour finaliser l'investigation post-gastroscopie. Sinon, tous les cas de motilité gastrique sont délestés.
	ÉCHO-ENDOSCOPIE	Urgent : maintenir Semi-urgent : cas par cas pour biopsie ou staging pour suspicion/confirmation de cancer			
CPRE	Urgent : maintenir <ul style="list-style-type: none"> Ictère obstructif Cholangite Semi-urgent : cas par cas				

* Référence au formulaire AH-702.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document :

Dr Alan Barkun, gastro-entérologue, directeur de l'endoscopie et du programme de formation en endoscopie thérapeutique et directeur responsable de la qualité en gastro-entérologie, Centre universitaire de santé McGill

Dre Mélanie Bélanger, gastro-entérologue, CISSS de la Montérégie-Centre et présidente de l'Association des gastro-entérologues du Québec

Dr Charles Ménard, gastro-entérologue, CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mme Chantale Dumont, conseillère, Programme québécois de cancérologie (PQC), ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS