

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur de la pneumologie, clientèle adulte et pédiatrique)

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. 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. La majorité des examens d'endoscopie respiratoire est faite sur une base urgente/semi urgente. Dans le tableau aux pages suivantes, certains délais sont similaires pour des niveaux différents. Toutefois, c'est la gradation des niveaux qui servira à prioriser les examens;
3. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte et pédiatrique.

ENDOSCOPIE POUR LE SECTEUR DE LA PNEUMOLOGIE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>1 et 2 <u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u></p> <p>Prérequis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	<p>Bronchoscopie</p> <p>Pour les cas posant une menace imminente à la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs 	<p>≤ 1 jour</p>	<p>≤ 1 jour</p>	<p>Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf</p>
	<p>Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie 	<p>≤ 1 jour</p>	<p>24-48 hres</p> <p>≤ 5 jours</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus) 	<p>< 1 sem.</p>	<p><2 sem.</p>	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>1 et 2 (suite) <u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u></p> <p><u>Prérequis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	<p><u>Bronchoscopie</u></p> <p>Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique • Lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez le patient avec bronchiectasies non hospitalisé • Asthme mal maîtrisé malgré une thérapie optimale • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie sévère 	<p>≤ 2 sem.</p>	<p>≤ 1 mois</p>	
	<p><u>Bronchoscopie</u></p> <p>Bronchoscopie pour suivi des pathologies bénignes chez les patients asymptomatiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papillomatose trachéale • Sténose trachéale ou bronchique légère sans pneumonie obstructive et avec symptômes légers ou asymptomatique • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie et autres anomalies congénitales non sévères • Thermoplastie bronchique et autre traitement endoscopique de maladie obstructive chronique 			

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>1 et 2 (suite)</p> <p><u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u></p> <p><u>Prérequis :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	<p><u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u></p> <p>Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	<p>La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée</p>
	<p>Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	
	<p>Pour diagnostic du cancer de stade avancé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire métastatique 	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 Maintenir 50-70 % de l'activité régulière Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> • 50-70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	Bronchoscopie Pour les cas posant une menace imminente à la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs 	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de pneumonie opportuniste 	≤ 1 jour	24-48 h	
		<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez un patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie 	≤ 1 jour	≤ 5 jours	
		<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus) 	< 1 sem.	<2 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>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 	<p><u>Bronchoscopie</u></p> <p>Ayant le potentiel de changer la prise en charge du patient ambulatoire stable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose pulmonaire non sévère nécessitant une bronchoscopie dans le diagnostic différentiel de sa pathologie • Évaluation pour possibilité de sarcoïdose sans risque de lymphome • Établir le diagnostic de mycobactérie non tuberculeuse si une tuberculose n'est pas suspectée • Investigation pour toux chronique et recherche de bronchite éosinophilique • Lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez le patient avec bronchiectasies non hospitalisé • Asthme mal maîtrisé malgré une thérapie optimale • Évaluation pour possible trachéomalacie ou trachéo-bronchomalacie sévère 	<p>≤ 2 sem.</p>	<p>≤ 1 mois</p>	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
3 (suite) Maintenir 50-70 % de l'activité régulière Prérequis : <ul style="list-style-type: none"> • 50-70 % de taux de disponibilité du personnel • Disponibilité des ÉPI • Liste de médicaments en pénurie connue 	<u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u> Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée
	Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	
	Pour diagnostic du cancer de stade avancé	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire métastatique 	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>4</p> <p>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</p> <p>Prérequis :</p> <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) 	<p>Bronchoscopie</p> <p>Pour les cas posant une menace imminente à la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs 	≤ 1 jour	≤ 1 jour	<p>Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf</p>
	<p>Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspicion de pneumonie opportuniste • Suspicion pneumonite médicamenteuse • Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement • Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive • Suspicion de tuberculose • Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie 	≤ 1 jour	24-48 h	
		<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose kystique pour qui le diagnostic doit être précoce (exemple : M.abscessus) 	< 1 sem.	<2 sem.	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
<p>4 (suite)</p> <p><u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u></p> <p><u>Prérequis :</u></p> <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) 	<p><u>Bronchoscopie et échographie endobronchique</u></p> <p>Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins • Suspicion de lymphome 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	<p>La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée</p> <p>En phase 4 ou plus, l'investigation diagnostique du cancer pulmonaire devrait être faite seulement si un traitement est envisagé. Ceci peut être reconsidéré selon le degré de transmission communautaire</p>
	<p>Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé en investigation sans traitement prévu dans la prochaine semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer pulmonaire de stade III et moins 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	<p>Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf</p>
	<p>Pour diagnostic du cancer de stade avancé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour diagnostic du cancer de stade avancé 	≤ 2 sem.	≤ 1 mois	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Précisions
Activités essentielles - ne pas déléster Maintenir 15 % de l'activité régulière 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 	Bronchoscopie	<ul style="list-style-type: none"> Hémoptysie active importante, corps étrangers, atélectasie sur bouchon muqueux, sténose trachéale sévère, migration ou obstruction d'endoprothèse, obstruction de la ventilation aux soins intensifs 	≤ 1 jour	≤ 1 jour	Lors des procédures générant des aérosols, se référer aux recommandations de l'INSPQ : https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/covid/2960-intervention-medicale-generant-aerosol-covid19.pdf
	Pour les cas posant une menace imminente à la vie				
	Modifiant la prise en charge du patient hospitalisé stable	<ul style="list-style-type: none"> Suspicion de pneumonie opportuniste 	≤ 1 jour	24-48 h	
			<ul style="list-style-type: none"> Suspicion de pneumonite médicamenteuse Suspicion de pneumonite inflammatoire (ou auto-immune) pour laquelle une thérapie immunosuppressive sera commencée rapidement Sténose bronchique symptomatique avec pneumonie postobstructive Suspicion de tuberculose Lavage pulmonaire pour protéinose alvéolaire, lavage bronchoalvéolaire diagnostique chez patient avec bronchiectasies (fibrose kystique, dyskinésie ciliaire) hospitalisé pour choix optimal de l'antibiothérapie 	≤ 1 jour	≤ 5 jours
	Bronchoscopie et échographie endobronchique Pour diagnostic ou stadification du cancer avec un traitement à visée curative envisagé dans la prochaine semaine	<ul style="list-style-type: none"> Cancer pulmonaire de stade III et moins Suspicion de lymphome 	≤ 1 sem.	≤ 2 sem.	La prise en charge oncologique urgente doit attendre la résolution et le retrait de l'isolement du patient avec la COVID-19 + ou suspectée

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dr Patrick Daigneault, pneumologue pédiatre, Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec – Université Laval

Dr Antoine Delage, pneumologue, Hôpital Charles-Le Moyne, président de l'Association des pneumologues de la province de Québec

Dr Marc Fortin, pneumologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

Dre Anne Valérie Gonzalez, pneumologue, Centre universitaire de santé McGill

Dr Frédéric McGovern Murphy, pneumologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dr Thomas Vandemoortele, pneumologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

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