



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie

Mise à jour en 2018

Direction générale de cancérologie

18-902-02W

Pour renseignements et commentaires, s'adresser à :

Direction générale de cancérologie
1075, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.
La fonction d'infirmière est désignée par sa forme féminine, étant donné la prédominance des femmes dans cette profession.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-80198-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2018

Le document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*, version de 2018, a été préparé par le *Comité consultatif dépistage et investigation en cancérologie colorectale*^a, mandaté par la Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Il s'agit d'une mise à jour du document original publié 2010 et révisé 2012 par la Direction québécoise de cancérologie^b. Ce document est révisé périodiquement afin que son contenu soit toujours basé sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. Il relève de la responsabilité des cliniciens de rester au courant des changements touchant leur pratique et qui sont abordés dans ce document.

Encadrement et orientation

D ^r Jean Latreille	Direction générale de cancérologie Ministère de la Santé et des Services sociaux
M ^{me} Carole Bélanger	Direction générale de cancérologie Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

M ^{me} Katleen Busque	Direction générale de cancérologie Ministère de la Santé et des Services sociaux
--------------------------------	---

Rédaction et révision^c

Membres du Comité consultatif dépistage et investigation en cancérologie colorectale

D ^r Alan Barkun	Centre universitaire de santé McGill
D ^{re} Geneviève Beaulieu-Boire	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
M ^{me} Katleen Busque	Direction générale de cancérologie Ministère de la Santé et des Services sociaux
M ^{me} Mélanie Coulombe	Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
M ^{me} Maria Dias	Centre universitaire de santé McGill
M. Oronzo De Benedictis	Direction générale de cancérologie Ministère de la Santé et des Services sociaux
D ^r Jean Dubé	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

^a Anciennement le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie.

^b Maintenant la Direction générale de cancérologie (DGC).

^c Nous remercions tous les autres collaborateurs ayant participé à l'élaboration des versions 2010 et 2012 du document portant sur les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie.

D ^r Brian Gore	Sainte Catherine Medical Group
D ^r Pierre Hallé	CHU de Québec – Université Laval
D ^{re} Lyne Laliberté	Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
M ^{me} Myriam Martel	Centre universitaire de santé McGill
D ^r Charles Ménard	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
D ^{re} Carole Richard	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
D ^r Guy Roy	Direction générale de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

AVANT-PROPOS

Au Québec, le cancer colorectal est le troisième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la deuxième cause de décès par cancer, tant chez les hommes que chez les femmes. Près de 95 % des cancers du côlon et du rectum apparaissent après l'âge de 50 ans. Les données scientifiques confirment par ailleurs que la mortalité par cancer colorectal peut être réduite grâce au dépistage.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a amorcé les travaux requis pour la mise en œuvre progressive du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). À terme, ce programme visera à offrir, à toutes les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal, un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi) tous les deux ans, suivi d'une coloscopie de confirmation diagnostique en cas de résultat positif. Pour ce faire, des travaux visant l'implantation de normes de qualité et d'accessibilité sont en cours dans les unités d'endoscopie digestive de la province. Ces normes s'appliquent à toutes les coloscopies effectuées, peu importe l'indication clinique.

Dans cette optique, la Direction générale de cancérologie (DGC) rend disponible la troisième version des *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie* élaborées par le *Comité consultatif dépistage et investigation en cancérologie colorectale*^d, présidé par le docteur Alan Barkun^e. Ce groupe de travail a le mandat de définir et de réviser périodiquement les normes relatives à la coloscopie, ainsi que les algorithmes et les outils contribuant à une pratique optimale en coloscopie. Basé sur les données probantes les plus récentes, ce document intègre également les dix critères de qualité relatifs à la coloscopie adoptés en 2010 par le Collège des médecins du Québec (CMQ) (Collège des médecins du Québec, 2010). Il comprend aussi la plupart des lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte diffusées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour encadrer l'exercice infirmier en endoscopie digestive (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Ces lignes directrices précisent les standards de pratique attendus sur les plans professionnel et organisationnel tout au long du continuum de soins, notamment en ce qui a trait aux activités d'évaluation et de surveillance clinique, qui sont des activités réservées à l'infirmière.

En collaboration avec les associations médicales concernées, la DGC rendra également disponibles des outils de développement professionnel continu en coloscopie (style e-learning médical) afin de soutenir les coloscopistes dans l'application de ces normes cliniques.

Enfin, la DGC souhaite, par la publication de ces normes, réaffirmer l'importance qu'elle accorde à la qualité de la pratique de la coloscopie au Québec. Elle remercie les membres du comité clinique et les autres intervenants qui ont collaboré à leur élaboration dans la perspective d'améliorer la qualité de tout examen coloscopique.

^d Autrefois le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie.

^e Gastro-entérologue, MD, CM, FRCP(C), FACP, FACG, AGAF, MSc (épidémiologie clinique), titulaire de la Chaire Douglas G. Kinnear en gastro-entérologie et professeur de médecine, Université McGill et Centre universitaire de santé McGill.

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABEAU 1	SYNTHÈSE DES NORMES	3
TABEAU 2	EXEMPLES DE PRÉPARATIONS COLIQUES OFFERTES AU CANADA.....	15
TABEAU 3	EXEMPLES DE PRÉPARATIONS COLIQUES STANDARDISÉES À UTILISER AVANT UNE COLOSCOPIE CHEZ L'ADULTE	16
TABEAU 4	THÉRAPIE DE RELAIS.....	34
TABEAU 5	PRISE EN CHARGE PRÉOPÉRATOIRE DE PATIENTS PRENANT DE NOUVEAUX ANTICOAGULANTS AVANT UNE INTERVENTION COMPORTANT UN HAUT RISQUE DE SAIGNEMENT	35
TABEAU 6	PRISE EN CHARGE POSTOPÉRATOIRE DE PATIENTS CHEZ QUI LA PRISE DE NOUVEAUX ANTICOAGULANTS A ÉTÉ INTERROMPUE.....	36
TABEAU 7	CONDITIONS DE SANTÉ ASSOCIÉES À LA PRISE D'ANTIPLAQUETTAIRES	37
TABEAU 8	TECHNIQUES RECOMMANDÉES POUR LA RÉSECTION DE POLYPES SELON LE TYPE ET LA TAILLE ..	47
TABEAU 9	COMPARAISON DES CLASSIFICATIONS DES POLYPES (CLASSIFICATION STANDARD ET CLASSIFICATION DE PARIS (MODIFIÉE)).....	50
TABEAU 10	COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT UN SAIGNEMENT OU UNE HÉMORRAGIE	57
TABEAU 11	COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT UNE PERFORATION	58
TABEAU 12	COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT TOUT AUTRE ÉVÉNEMENT CLINIQUE SIGNIFICATIF (ECS).....	59
TABEAU 13	CRITÈRES CLINIQUES POUR L'IDENTIFICATION DU SYNDROME DE LYNCH : CRITÈRES D'AMSTERDAM II ET CRITÈRES DE BETHESDA.....	66
FIGURE 1	ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS EN VUE D'UNE COLOSCOPIE	38
FIGURE 2	ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS ANTIPLAQUETTAIRES EN VUE D'UNE COLOSCOPIE.....	39
FIGURE 3	ALGORITHME DE SUIVI ET DE CONSIGNATION DES ÉVÉNEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS LIÉS À LA COLOSCOPIE	56
FIGURE 4	ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL	67
FIGURE 5	SCHEMA RECAPITULATIF DU SUIVI CLINIQUE RECOMMANDE A LA SUITE D'UN TEST DE RSOSI (PERSONNES PRESENTANT UN RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL)	68
FIGURE 6	ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE LÉGÈREMENT OU MODÉRÉMENT ACCRU DE CCR (EN FONCTION DES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX)	69
FIGURE 7	ALGORITHME DE SURVEILLANCE POUR LES PERSONNES AYANT DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE POLYPES.....	70
FIGURE 8	ALGORITHME DE SURVEILLANCE POUR LES PERSONNES AYANT DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE CANCER COLORECTAL	71

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACC/AHA American College of Cardiology/American Heart Association

ACCP American College of Chest Physicians

ACG American College of Gastroenterology

ACMTS Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

AFAP Attenuated familial adenomatous polyposis

AGA..... American Gastroenterological Association

AGEQ Association des gastro-entérologues du Québec

AINS..... Anti-inflammatoire non stéroïdien

AQC Association québécoise de chirurgie

ASA..... American Society of Anesthesiologists

ASGE American Society for Gastrointestinal Endoscopy

ASMIQ..... Association des spécialistes en médecine interne du Québec

BCCA British Columbia Cancer Agency

BSG..... British Society of Gastroenterology

CAG Canadian Association of Gastroenterology

CCO Cancer Care Ontario

CCR Cancer colorectal

CDHF Canadian Digestive Health Foundation

CII Conseil des infirmières et infirmiers

CMDP..... Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMQ..... Collège des médecins du Québec

CRMCC Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

CU..... Colite ulcéreuse

DLCC Direction de la lutte contre le cancer

DGC.....Direction générale de cancérologie

DQC Direction québécoise de cancérologie

DSI Direction des soins infirmiers

ECS..... Événement clinique significatif

EMR Endoscopic mucosal resection

FAP Familial adenomatous polyposis

FDA..... Food and Drug Administration

Hb Hémoglobine

HBPM..... Héparine de faible poids moléculaire

HNF..... Héparine non fractionnée

HNPCC Hereditary non-polyposis colorectal cancer

INESSS Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ..... Institut national de santé publique du Québec

LBDC..... Lavement baryté en double contraste

LII Loi sur les infirmières et infirmiers

LSSSS..... Loi sur les services de santé et les services sociaux

MC Maladie de Crohn

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

NCCN National Comprehensive Cancer Network

NGC National Guideline Clearinghouse

NICE..... National Institute for Health and Clinical Excellence

NZGG..... New Zealand Guidelines Group

OIIAQ Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

OIIQ..... Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OPIQ Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

PEG..... Polyéthylène glycol

PQDCCR..... Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

PSMC..... Picosulfate sodique et magnésium citrate

RNI..... Rapport normalisé international

RSOS Recherche de sang occulte dans les selles

RSOSi Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles

SFED Société française d'endoscopie digestive

USPSTF US Preventive Services Task Force

TABLE DES MATIÈRES

MÉTHODE	1
1. NORMES ET OUTILS RELATIFS À LA COLOSCOPIE	3
1.1 COMPÉTENCES EN COLOSCOPIE : OCTROI DES PRIVILÈGES, FORMATION ET MAINTIEN DES COMPÉTENCES DES COLOSCOPISTES	4
1.2 COMPÉTENCES EN COLOSCOPIE : NORMES CLINIQUES DANS LE CADRE DU CONTINUUM DE SOINS INFIRMIERS EN COLOSCOPIE	6
1.3 GESTION DES REQUÊTES EN COLOSCOPIE	10
1.4 PRÉPARATION COLIQUE	13
1.5 QUALITÉ DE LA PRÉPARATION INTESTINALE	18
1.6 SÉDATION-ANALGÉSIE	19
1.7 DÉFIBRILLATEUR ET STIMULATEUR CARDIAQUE	24
1.8 THÉRAPIE ANTITHROMBOTIQUE	27
1.9 ANTIBIOPROPHYLAXIE	40
1.10 INTUBATION JUSQU'AU CÆCUM	41
1.11 TEMPS DE RETRAIT	43
1.12 RÉSECTION DE POLYPES (POLYPECTOMIE)	44
1.13 ÉVÉNEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS LIÉS À LA COLOSCOPIE	51
1.14 RAPPORT STANDARDISÉ DE COLOSCOPIE	60
1.15 PRISE EN CHARGE ET SURVEILLANCE EN FONCTION DU RISQUE ET SUIVI CLINIQUE SELON LA CONDITION	64
1.16 HISTOPATHOLOGIE	72
1.17 MANIPULATION DE L'ENDOSCOPE ET DES ACCESSOIRES AU COURS DE LA COLOSCOPIE	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXE I NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE	85
ANNEXE II FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE EN COLOSCOPIE.....	86
ANNEXE III FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE (AH-702).....	93
ANNEXE IV FICHES D'EXEMPLES DE DIÈTES POUR LA COLOSCOPIE.....	95
ANNEXE V ÉCHELLE DE BOSTON	98
ANNEXE VI RISQUE ANESTHÉSIQUE SELON LA CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE DU PATIENT DE L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA)	99
ANNEXE VII SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES CLINIQUES EN SÉDATION-ANALGÉSIE	100
ANNEXE VIII SCORE DE CHADS₂.....	101

MÉTHODE

Le *Comité consultatif dépistage et investigation en cancérologie colorectale*, un groupe de travail ministériel formé d'experts du réseau de la santé, a reçu le mandat d'établir l'ensemble des normes de pratique clinique pour toutes les étapes de la trajectoire associée à la coloscopie.

L'élaboration et la révision des normes pour la coloscopie décrites dans ce document ont été effectuées selon l'approche adoptée par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (NCCN, 2014) pour l'établissement des normes de pratique clinique en oncologie. La démarche retenue vise l'appréciation, sur une base continue, de la justesse, de la rigueur et de l'applicabilité des normes proposées. Elle implique donc que, compte tenu de l'évolution des données probantes et des pratiques cliniques, le comité d'experts révisé périodiquement les preuves scientifiques pour chacune des normes et vérifie l'applicabilité de celles-ci dans les unités d'endoscopie digestive. Ces normes ont été présentées aux membres du comité multipartite en cancérologie colorectale, auquel participent le MSSS, le CMQ et les associations médicales (AGEQ, ASMIQ, AQC).

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en utilisant les bases de données suivantes : *Embase, Medline, Cochrane, ISI web of knowledge*, sans limite inférieure de temps et jusqu'en janvier 2017. Des mots-clés ainsi qu'un vocabulaire médical contrôlé (MeSH) liés à la compétence des intervenants, à la pratique de la coloscopie, à la prise en charge et au suivi clinique des patients ont été utilisés, et ce, pour toutes les normes incluses dans le présent document. La consultation de la bibliographie des publications retenues et des recherches manuelles ciblées ont permis de compléter la revue de la documentation scientifique.

Les lignes directrices et les recommandations pour la pratique clinique de la coloscopie émises par certaines agences de cancer ou associations d'experts de niveaux national et international ont également été répertoriées. À cet effet, les critères de qualité énumérés par le CMQ (annexe I), les lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte publiées par l'OIIQ et les lignes directrices sur la sédation-analgésie produites conjointement par le CMQ, l'OIIQ et l'OPIQ sont notamment intégrés dans le présent document (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016).

Les sites Internet des organismes suivants ont été consultés : le NCCN, la Cochrane Library of Systematic Reviews, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), la British Columbia Cancer Agency (BCCA), le Cancer Care Ontario (CCO), la Canadian Association of Gastroenterologists (CAG), l'American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), la British Society of Gastroenterology (BSG), la Gastroenterological Society of Australia (GESA), la Société française d'endoscopie digestive (SFED), l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) et la National Guideline Clearinghouse (NGC). Seuls les documents en anglais ou en français ont été retenus, et les références jugées incontournables par le comité d'experts ont été citées tout au long du document afin d'appuyer les normes retenues ou pour répondre à des questions précises.

Enfin, les commentaires et les suggestions d'experts extérieurs au comité et reconnus dans les différentes spécialités liées à la coloscopie, autres que l'endoscopie digestive, ont été recueillis.

1. NORMES ET OUTILS RELATIFS À LA COLOSCOPIE

La section suivante regroupe l'ensemble des normes cliniques et des outils de pratique relatifs à la coloscopie qui ont été élaborés à ce jour par le groupe de travail. Ces normes ont été retenues par consensus d'experts à la lumière des données de la littérature scientifique et leur applicabilité sera vérifiée lors de leur révision périodique. Le tableau 1 présente les normes et les professionnels concernés par leur application.

Tableau 1 Synthèse des normes

Norme	Application/Responsabilité
1.1 Compétences en coloscopie : octroi des privilèges, formation et maintien des compétences des coloscopistes	Coloscopistes CMDP
1.2 Compétences en coloscopie : normes cliniques dans le cadre du continuum de soins infirmiers en coloscopie	Infirmières Infirmières auxiliaires DSI CII
1.3 Gestion des requêtes en coloscopie	Chef de l'unité d'endoscopie Coloscopistes Infirmières
1.4 Préparation colique	Coloscopistes Infirmières
1.5 Qualité de la préparation intestinale	Coloscopistes Infirmières
1.6 Sédation-analgésie	Coloscopistes Infirmières
1.7 Défibrillateur et stimulateur cardiaque	Coloscopistes
1.8 Thérapie antithrombotique	Coloscopistes
1.9 Antibioprophylaxie	Coloscopistes
1.10 Intubation jusqu'au caecum	Coloscopistes
1.11 Temps de retrait	Coloscopistes
1.12 Résection de polypes (polypectomie)	Coloscopistes
1.13 Événements cliniques significatifs liés à la coloscopie	Coloscopistes Infirmières Chef de l'unité d'endoscopie CMDP
1.14 Rapport standardisé de coloscopie	Coloscopistes
1.15 Prise en charge et surveillance en fonction du risque et suivi clinique selon la condition	Coloscopistes Omnipraticiens
1.16 Histopathologie	Service d'anatomo-pathologie Pathologistes Technologues médicaux
1.17 Manipulation de l'endoscope et des accessoires au cours de la coloscopie	Coloscopistes Infirmières

1.1 Compétences en coloscopie : octroi des privilèges, formation et maintien des compétences des coloscopistes

Application/Responsabilité
Coloscopistes ^f Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement
Contexte/Objectif
Les compétences associées à la pratique de la coloscopie sont évaluées par la formation reçue en coloscopie, l'expérience continue dans la pratique de la coloscopie (compétences actuelles) et la reconnaissance du coloscopiste par le CMDP de son établissement. La pratique continue est nécessaire afin de maintenir et d'améliorer les connaissances et les compétences techniques associées à l'exécution d'une procédure médicale – dans ce cas-ci la coloscopie – et de réduire les risques de complications associées à l'examen (Dominitz et autres, 2008; Rabeneck et autres, 2008; Singh et autres, 2009; Spier et autres, 2010). Il est donc important que les coloscopistes pratiquent un nombre minimal de coloscopies annuellement. Toutefois, le volume d'interventions ne peut être le seul critère de compétence; il doit être associé aux autres critères de qualité établis pour la bonne pratique de la coloscopie. Ainsi, les normes de compétences et de volume décrites dans le présent document s'appliquent à tous les médecins qui effectuent des coloscopies, peu importe l'indication clinique. Cette approche d'uniformisation de la pratique est en cohérence avec le travail effectué par le CMQ, qui a adopté dix critères de qualité pour l'ensemble des coloscopies réalisées au Québec, lesquels sont inclus dans les normes proposées par le groupe de travail (voir l'annexe I) (Collège des médecins du Québec, 2010). Elle est également compatible avec les recommandations sur les compétences nécessaires à la pratique de la coloscopie publiées en mai 2010 par l'Association des gastro-entérologues du Québec (AGEQ) (Hallé et autres, 2011). Ces normes devront être testées et évaluées de façon continue selon l'évolution des pratiques et les expériences dans les unités d'endoscopie digestive. Un programme de développement professionnel continu en coloscopie sera élaboré afin de soutenir les coloscopistes qui le désirent ou ceux éprouvant des lacunes dans l'application des normes cliniques présentées dans ce document.
Seuil à atteindre et exigences
Octroi des privilèges en coloscopie Les privilèges sont attribués par le conseil d'administration de l'établissement. Le PDG de l'établissement doit, avant de saisir le conseil d'administration de la demande de nomination ou de renouvellement, obtenir du CMDP une recommandation portant sur les qualifications et la compétence du coloscopiste et le statut et les privilèges qui devraient lui être octroyés en vertu de sa nomination. Lors d'une demande de renouvellement, le directeur général doit de plus, avant de saisir le conseil d'administration de la demande, obtenir un avis du DSP quant au respect par le coloscopiste des termes apparaissant à la résolution visée à l'article 242 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (Québec, 2017). Le CMDP de l'établissement s'assure de façon continue que tous les médecins à qui des privilèges en coloscopie sont alloués ou renouvelés répondent aux critères de compétence décrits dans cette section et satisfont aux normes relatives à la qualité des examens (Eisen et autres, 2002; Dominitz et autres, 2008; Rabeneck et autres, 2008; Singh et autres, 2009; Collège des médecins du Québec, 2010). Chaque compétence doit être appuyée par des preuves documentées (Wexner et autres, 2002).

^f Au Québec, seuls les médecins peuvent pratiquer la coloscopie. Aucun autre professionnel n'y est autorisé.

Formation en coloscopie

Sous la supervision d'un coloscopiste reconnu par un programme de formation en spécialité, tous les résidents doivent avoir effectué une formation en coloscopie qui leur a permis (Eisen et autres, 2002; Harewood, 2005; Romagnuolo et autres, 2008; Conjoint committee for the recognition of training in gastrointestinal endoscopy, 2009) :

- de pratiquer, sans assistance, un minimum de 150 coloscopies complètes supervisées;
- de pratiquer, sans assistance, un minimum de 30 polypectomies supervisées;
- d'atteindre un taux d'intubation jusqu'au cæcum d'au moins 95 % chez les personnes en santé (y compris les asymptomatiques et celles ayant eu un résultat positif à un test de RSOSi) et d'au moins 90 % chez les autres patients;
- d'acquérir les connaissances et les compétences techniques liées à l'investigation diagnostique et aux procédures thérapeutiques (biopsie, polypectomie, tatouage, récupération des polypes extraits, gestion des complications, etc.).

Maintien des compétences en coloscopie

Les coloscopistes devront répondre aux critères suivants, contribuant au maintien de leurs compétences, soit :

- effectuer minimalement 150 coloscopies par an;
- satisfaire chaque année aux normes relatives à la qualité des examens;
- détenir les privilèges octroyés par le CMDP de leur établissement pour la pratique de la coloscopie;
- être membres en règle du CMQ;
- adhérer au programme de maintien des compétences du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou du CMQ **OU** maintenir leurs compétences en coloscopie par une formation continue reconnue par le CRMCC ou le CMQ.

Des mécanismes d'évaluation de la qualité de la pratique, s'appliquant à tous les coloscopistes, seront définis par un comité composé de représentants des associations médicales concernées, du CMQ et du MSSS. Lorsque requises, les actions pourront être appliquées en collaboration avec les CMDP des établissements. Pour les coloscopistes qui effectuent moins de 150 coloscopies annuellement, des mécanismes complémentaires d'évaluation de la qualité de la pratique seront établis par ce comité multipartite.

Suivant cette évaluation de la qualité de la pratique, il pourrait être recommandé aux coloscopistes qui ne répondent pas aux normes de qualité établies de réaliser un processus de revalidation des compétences. Un certain nombre d'étapes de formation, respectant des standards d'évaluation et de maintien des compétences, pourraient être incluses dans ce processus, par exemple :

- une évaluation par observation directe, de la part d'un coloscopiste reconnu par un programme de formation en spécialité (gastroentérologie ou chirurgie), pour un certain nombre de coloscopies (nombre à déterminer dans le programme de développement professionnel continu);
- une formation médicale continue (connaissances) ou une formation pratique (aspects techniques), ou les deux, sur la procédure. Le CMQ et les équipes de référence en cancers du système digestif bas pourraient participer au volet formation.

Le processus de revalidation ainsi que les critères à satisfaire devront être élaborés et décrits dans le futur programme de développement professionnel continu en coloscopie par le comité multipartite.

Cibles/Indicateurs

Coloscopistes

100 % des coloscopistes doivent pratiquer au moins 150⁹ coloscopies par année en plus de satisfaire aux exigences relatives aux compétences en coloscopie.

⁹ Le volume de procédures ne peut être le seul critère de compétence ; il doit être associé aux autres critères de qualité établis pour la bonne pratique de la coloscopie. Ainsi, pour les coloscopistes qui effectuent moins de 150 coloscopies annuellement, des mécanismes spécifiques d'évaluation de la qualité de la pratique s'appliqueront, tels que définis par le comité multipartite.

CMDP

Le CMDP met en place pour 100% des coloscopistes de leur établissement un processus de suivi en lien avec les critères de compétence décrits dans cette section par le biais d'audits réalisés sur une base annuelle.

1.2 Compétences en coloscopie : normes cliniques dans le cadre du continuum de soins infirmiers en coloscopie

Application/Responsabilité
Infirmières Infirmières auxiliaires Directrices des soins infirmiers Conseil des infirmières et infirmiers
Contexte
Les lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte élaborées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016) précisent l'ensemble des rôles, activités et responsabilités des infirmières dans les unités d'endoscopie^h, la formation et les compétences requises, ainsi que les mesures à prendre pour assurer le maintien de ces compétences afin d'assurer aux patients des soins de qualité. Ces lignes directrices pourront notamment être utilisées dans le cadre de la surveillance de l'exercice infirmier et de l'évaluation de la qualité des soins. La présente norme a fait l'objet d'un consensus entre l'OIIQ et l'OIIAQ. Une grande partie des soins offerts en endoscopie digestive impliquent des activités d'évaluation et de surveillance clinique de l'état de santé du patient, ces deux activités étant réservées à l'infirmière, selon la Loi sur les infirmières et infirmiers (LII) (Québec, 2009). Dans l'optique d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins, l'évaluation et la surveillance clinique dans ce secteur d'activités exigent que l'infirmière détienne l'expertise et les compétences requises en coloscopie. Elle doit aussi maîtriser les interventions (ex. : polypectomie) pouvant être pratiquées pendant la coloscopie de même que la sédation-analgésie, afin qu'elle puisse intervenir adéquatement auprès du patient – en collaboration avec le médecin, au besoin –, y compris dans les cas de complications (ex. : dépression du système nerveux central, arrêt cardiorespiratoire, choc vagal, perforation, hémorragie). Les sections suivantes précisent, entre autres, les rôles, exigences et responsabilités des conseils des infirmières et infirmiers (CII), des directrices de soins infirmiers (DSI), des infirmières et des infirmières auxiliaires.
Direction des soins infirmiers (DSI)
Application et exigences
Conformément aux articles 207 et 208 de la LSSSS (Québec, 2009), sous l'autorité du directeur général, la DSI doit, pour chaque centre exploité par l'établissement : • surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers offerts dans le centre; • veiller au bon fonctionnement du CII et s'assurer que celui-ci évalue adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre; • planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre.

^h Il s'agit des unités d'endoscopie ou des contextes de pratique où un anesthésiste n'est pas présent sur place.

Responsabilités

Dans le cadre de l'exercice infirmier en coloscopie, conformément aux lignes directrices publiées par l'OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012), la DSI est responsable :

- d'assurer l'encadrement et le soutien professionnel des infirmières, entre autres, par des programmes d'orientation (comprenant les volets théorique et pratique) et de formation dans le milieu;
- de développer des mécanismes d'assurance continue de la qualité (qui permettent, entre autres, d'évaluer les compétences des infirmières, de maintenir et de mettre à jour ces compétences);
- de contribuer au processus de gestion qui touche l'organisation et l'environnement des soins;
- d'établir des règles de soins infirmiers, lorsque requis.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Application, exigences et responsabilités

Conformément à l'article 220 de la LSSSS ainsi qu'aux règlements de l'établissement, le CII est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le conseil d'administration :

- d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans le centre;
- de faire des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres dans le centre;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins offerts par ses membres dans le centre.

En vertu de l'article 221 de la LSSSS, le CII est aussi, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières;
- toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Infirmières

Application et responsabilités

Dans le cadre de sa pratique en coloscopie et conformément à son champ d'exercice et aux activités qui lui sont réservées dans la LII (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012), l'infirmière est appelée selon les normes reconnues à :

- effectuer l'évaluation et la surveillance clinique du patient à l'aide d'un formulaire d'évaluation et de surveillance clinique conforme au contenu présenté à l'annexe II, tout au long du continuum de soins. L'évaluation et la surveillance clinique doivent être adaptées à la condition clinique du patient en pré, per et postcoloscopie;
 - En précoloscopie, l'évaluation qu'effectue l'infirmière comprend notamment l'identification des facteurs de risque que présente le patient (ex. : détermination du risque ASAⁱ, identification d'anomalies respiratoires ou cardiaques par l'auscultation),
 - En percoloscopie, la surveillance clinique^j étroite ou continue que doit faire et assurer l'infirmière découle essentiellement de la sédation-analgésie administrée par voie intraveineuse au patient ou encore des complications de la coloscopie et des interventions thérapeutiques effectuées lors de cette dernière,

ⁱ La responsabilité de déterminer le niveau de risque ASA peut incomber au médecin ou à l'infirmière, selon l'orientation prise par l'établissement.

^j Lorsque la condition de santé du patient l'exige, il arrive que la surveillance clinique étroite de ce dernier se poursuive en postcoloscopie.

- En postcoloscopie, l'évaluation que complète l'infirmière vise essentiellement à poser un jugement clinique qui permet de déterminer si le patient satisfait les critères de congé établis ou à prendre une décision concernant le suivi immédiat nécessaire à sa condition de santé;
- procéder à l'enseignement aux patients;
- préparer et à administrer des médicaments par voie intraveineuse;
- intervenir promptement auprès du patient en cas de complications;
- collaborer au besoin avec le coloscopiste lors de l'intervention, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe de soins;
- fournir une aide technique^k au médecin pour maintenir l'endoscope ou un instrument dans une position particulière si le patient est dans une condition stable. Sur le plan de la réalisation technique de la coloscopie, l'infirmière ne devrait en aucun cas se voir attribuer la responsabilité directe de la progression^l de l'endoscope au niveau de la lumière colique;
- assurer la coordination, la continuité et la documentation des soins infirmiers prodigués tout au long du continuum de soins.

Exigences

L'infirmière doit s'assurer de mettre à jour ses connaissances, de maintenir et de développer ses compétences (évaluatives, procédurales, techniques, etc.), et ce, sur une base continue en tenant compte de l'évolution des soins et des pratiques dans le domaine. Au même titre que les autres professionnels, l'infirmière est responsable des actes professionnels qu'elle pose.

Infirmières auxiliaires

Application et responsabilités

Conformément à son champ d'exercice et aux activités qui lui sont réservées dans le cadre de la coloscopie (Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 2011), l'infirmière auxiliaire peut :

- en pré et postcoloscopie :
 - contribuer à l'évaluation du patient;
 - Cela signifie que l'infirmière auxiliaire collabore avec le professionnel à qui l'activité d'évaluer est réservée. Elle le fait conformément à l'article 37 p) du Code des professions, qui décrit son champ d'exercice, et à l'article 37.1 (5°) d), qui énonce l'activité qui lui est réservée : observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012). L'infirmière auxiliaire recueille des données, les consigne au dossier et en informe l'infirmière ou le médecin.
 - L'infirmière auxiliaire peut recueillir des données objectives et subjectives de nature factuelle qu'elle transmettra à l'infirmière qui est responsable d'évaluer la condition physique et mentale du patient :
 - prendre les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle) et mesurer la saturation pulsatile en oxygène.
 - collaborer à l'enseignement au patient;
 - installer ou retirer un cathéter intraveineux périphérique court.
- en percoloscopie :
 - fournir une aide technique au coloscopiste lorsque requis pour maintenir l'endoscope ou un instrument dans une position particulière ou pour effectuer une poussée abdominale à

^k Cette aide technique doit être circonscrite sur une courte période et l'infirmière doit être en mesure d'interrompre à tout moment cette aide pour intensifier la surveillance clinique du patient ou intervenir rapidement auprès de ce dernier, au besoin. En tout temps, elle doit être en mesure de visualiser le visage et le thorax du patient.

^l Dans ce cas-ci, la progression de l'endoscope comprend l'insertion, l'avancement et le retrait de ce dernier.

la demande du coloscopiste. Sur le plan de la réalisation technique de la coloscopie, l'infirmière auxiliaire ne devrait en aucun cas se voir attribuer la responsabilité directe de la progression^m de l'endoscope au niveau de la lumière colique.

- en cas de complications :
 - collaborer aux interventions requises par la condition clinique du patient selon les activités qui lui sont réservées et autorisées.

Exigences

L'infirmière auxiliaire doit s'assurer de mettre à jour ses connaissances, de maintenir et de développer ses compétences, et ce, sur une base continue en tenant compte de l'évolution des soins et des pratiques dans le domaine. Elle doit aussi se conformer au règlement de son ordre professionnel, qui exige un minimum d'heures de formation continue pour une période de référence donnée. Au même titre que les autres professionnels, l'infirmière auxiliaire est responsable des actes professionnels qu'elle pose. Il est à noter qu'en aucun cas elle ne devrait se voir attribuer la responsabilité de la prise en charge directe du patient lors de l'examen.

Cibles/Indicateurs

Infirmières

100 % des infirmières doivent se conformer aux lignes directrices relatives à la coloscopie publiées par l'OIIQ et remplir un formulaire d'évaluation et de surveillance pré, per et postcoloscopie, basé sur ces lignes directrices.

Infirmières auxiliaires

100 % des infirmières auxiliaires doivent se conformer aux lignes directrices relatives à la coloscopie publiées par l'OIIQ et contribuer à compléter le formulaire d'un formulaire d'évaluation et de surveillance pré, per et postcoloscopie, basé sur ces lignes directrices.

DSI

La DSI met en place un processus de surveillance de la qualité touchant la pratique clinique des infirmières et infirmières auxiliaires en endoscopie digestive par le biais d'audits réalisés sur une base annuelle.

CII

Aucune cible particulière.

^m Dans ce cas-ci, la progression de l'endoscope comprend l'insertion, l'avancement et le retrait de ce dernier.

1.3 Gestion des requêtes en coloscopie

Application/Responsabilité
Chefs clinico-administratifs de l'unité d'endoscopie Coloscopistes Infirmières
Contexte/Objectif
L'utilisation efficace du temps et des ressources en endoscopie dépend d'une gestion adéquate des requêtes de coloscopie. D'ailleurs, une bonne gestion des requêtes permet aux unités d'endoscopie d'améliorer l'accès en allouant les ressources disponibles en fonction des besoins cliniques du patient (NY Citywide Colon Cancer Control Coalition, 2006). Le chef d'unité d'endoscopie digestive doit collaborer avec les coloscopistes de son unité pour que les niveaux de priorité définis dans le formulaire AH-702, intitulé <i>Demande de coloscopie longue</i> (voir l'annexe III), soient respectés. Toutefois, l'atteinte des normes relatives aux délais d'accès dépend de la disponibilité des ressources dans chacune des unités ainsi que des mécanismes mis en place par l'unité d'endoscopie pour gérer l'accès à la coloscopie.
Seuil à atteindre et exigences
Coloscopistes Plusieurs conditions doivent être remplies afin qu'un coloscopiste puisse effectuer une coloscopie sans qu'il y ait eu une consultation préalable avec le patient. Il faut notamment que tous les médecins traitants utilisent le formulaire standardisé de demande de coloscopie longue (AH-702)ⁿ en précisant clairement l'indication clinique (ex. : IN3) et le niveau de priorité (ex. : P1 à P5) de la requête médicale, l'état général du patient ainsi que la présence de toute condition de santé particulière. Lors de la réception de la demande de coloscopie, le personnel du guichet d'accès vérifie la requête de coloscopie. Si le formulaire est bien complété et ne fait état d'aucune condition médicale particulière chez l'usager, la demande est inscrite sur la liste d'attente pour cet examen, selon les indications et les priorités cliniques qui figurent dans la requête. Si des conditions médicales particulières sont notées, la demande est inscrite en liste d'attente dès réception, mais la personne ayant les compétences nécessaires et désignée pour le processus de triage et de gestion des requêtes complexes prend la demande en charge. Lorsque requis, cette ressource appelle l'usager afin d'évaluer sa condition clinique. Si l'examen peut être réalisé sans consultation préalable, il est planifié. Dans le cas contraire, le médecin traitant est consulté pour des précisions sur la conduite à tenir, ou une consultation auprès d'un coloscopiste ou d'un autre spécialiste est prévue. Si, suivant ce processus, une modification de la priorité clinique devait être appliquée, cela devrait être consigné au dossier du patient. Unité d'endoscopie digestive Les cibles administratives suivantes sont recommandées afin de contribuer à une gestion optimale des requêtes de coloscopie : • les délais d'accès sont respectés dans 90 % des requêtes en coloscopie; • les raisons du non-respect des délais sont décrites dans 100 % des requêtes hors délais; • le formulaire standardisé de demande de coloscopie longue est utilisé dans ≥ 90 % des demandes de coloscopie.

ⁿ Le formulaire de demande de coloscopie longue (AH-702) sera révisé périodiquement en fonction de l'évolution des données probantes et des pratiques cliniques.

Les coloscopistes doivent être parties prenantes de ce processus de gestion des requêtes afin de contribuer à l'atteinte des cibles administratives.

Le niveau de priorité doit être établi selon les critères suivants (Paterson et autres, 2006) :

Niveau	Priorité
Immédiat	P1 (≤ 24 heures) Hémorragie digestive basse
Urgent	P2 (≤ 14 jours) Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie basse ou l'examen clinique
Semi-électif	P3 (≤ 60 jours) - Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif - Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active - Rectorragie (saignement ano-rectal avec ou sans hémorroïdes ≥ 40 ans) - Anémie ferriprive documentée et non expliquée - Modification récente des habitudes intestinales - Polypes détectés par imagerie médicale - Suspicion de cancer colorectal occulte - Préparation colique inadéquate - Suivi d'une diverticulite en phase post aiguë
Électif	P4 (≤ 6 mois) - Rectorragie (saignement ano-rectal avec ou sans hémorroïdes < 40 ans) - Constipation chronique - Diarrhée chronique - Dépistage pour personnes avec antécédents familiaux significatifs (Cette coloscopie représente la première coloscopie effectuée et n'est pas considérée comme une coloscopie de suivi. Dans ce contexte, les patients présentant une histoire personnelle de maladie inflammatoire de l'intestin, de polypes ou de cancer colorectal ne sont pas concernés par cette indication.) P5 (aucun délai fixé)^o - Dépistage pour personnes présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal
Contrôle et surveillance	Antécédents personnels - Cancer colorectal - Polypes - Surveillance d'une maladie inflammatoire de l'intestin Antécédents familiaux significatifs
Autres	La norme 1.15 sur la prise en charge en fonction du risque et de la condition présente des algorithmes indiquant les délais à respecter dans ce contexte.

Toute personne qui ne s'est pas présentée à un premier rendez-vous pour la coloscopie ou pour qui une deuxième coloscopie est nécessaire (ex. : coloscopie incomplète) doit obtenir un deuxième rendez-vous à l'intérieur d'un délai de 60 jours. Idéalement, le délai devrait être de moins de 30 jours, mais le délai maximal a été fixé à 60 jours.

^o L'unité doit prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5.

Les raisons expliquant toute modification à une requête quant aux délais d'accès établis doivent être documentées dans le dossier.

Après la procédure, le coloscopiste communique verbalement les résultats de l'examen à l'usager, ou à son accompagnateur, le cas échéant.

Dans tous les cas, une copie du rapport, y compris les recommandations de prise en charge, doit être transmise à l'usager et à son médecin (de famille ou traitant). Le coloscopiste peut ou non assurer la prise en charge du patient suivant la coloscopie, selon les conditions et les ressources disponibles.

Cibles/Indicateurs

Coloscopistes

Tous les coloscopistes doivent participer au processus de gestion active des requêtes afin de contribuer à l'atteinte des cibles administratives spécifiées par cette norme.

Unité d'endoscopie digestive

Les cibles administratives suivantes sont recommandées afin de contribuer à une gestion optimale des requêtes de coloscopie :

- les délais d'accès sont respectés dans 90 % des requêtes en coloscopie;
- le formulaire standardisé de demande de coloscopie longue est utilisé dans ≥ 90 % des demandes de coloscopie.

1.4 Préparation colique

Section associée : 1.5 Qualité de la préparation intestinale

Application/Responsabilité
Coloscopistes Infirmières
Contexte/Objectif
Une préparation colique doit assurer un nettoyage efficace de l'intestin, tout en étant bien tolérée par le patient afin que la coloscopie effectuée soit complète et de qualité. Les préparations coliques qui permettent d'effectuer une coloscopie de qualité utilisées au Canada contiennent : • du polyéthylène glycol (PEG); • du citrate de magnésium (Mg-citrate); • du picosulfate de sodium, du citrate de magnésium (ou de l'acide citrique et de l'hydroxyde de magnésium) (PSMC ou laxatif salin). Les préparations à base de phosphate de sodium (NaP) ne sont plus recommandées comme préparations coliques précédant une coloscopie (Canadian Association of Gastroenterology, 2008; U.S. Food and Drug Administration, 2008), car elles ont été associées à certains effets secondaires importants, notamment une néphropathie aiguë. De plus, elles sont contre-indiquées pour les patients ayant des problèmes cardiaques ou rénaux, avec occlusion intestinale ou ascite. Les solutions PEG 2 L avec du bisacodyl (10 à 20 mg) ou du Mg-citrate (296 ml) sont aussi efficaces et mieux tolérées que les solutions PEG 4 L. Les solutions PSMC sont également très efficaces et bien tolérées (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014). Le tableau 2 fournit la liste des préparations coliques offertes au Canada. Aucune différence n'a été démontrée entre les préparations coliques en doses fractionnées comparativement aux doses données le jour de l'examen (Ménard et autres, 2016). L'ajout d'un adjuvant, plus particulièrement le bisacodyl et l'ascorbate, peut augmenter l'efficacité de la préparation colique. Les agents antimoissants (siméticone), donnés en même temps que la préparation, ont un effet positif sur la visualisation de la muqueuse.
Seuil à atteindre et exigences
Peu importe les types de préparation, il est essentiel de fournir une hydratation suffisante aux patients qui les reçoivent pour réduire au minimum les effets secondaires et pour améliorer le nettoyage de l'intestin (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014). La qualité de la préparation intestinale doit être évaluée et décrite dans le rapport endoscopique (voir la section 1.5) pour chaque procédure. Les préparations avec des petits volumes de liquide hyperosmolaire peuvent être utilisées lorsque les patients n'ont pas de problèmes de santé connus. Toutefois, lorsqu'une personne présente des conditions de santé particulières, comme du diabète, de l'insuffisance cardiaque (infarctus du myocarde, angine, hypertension), de l'insuffisance rénale ou de l'ascite, une préparation PEG (larges volumes de liquide iso-osmolaire) doit être utilisée (voir le tableau 3 pour la liste complète des conditions de santé et des exemples de préparations coliques standardisées).

La prise d'une préparation colique séparée en deux doses (une partie la veille et au moins la moitié de la préparation administrée le jour même de la coloscopie au minimum trois heures avant l'examen (*split-dosing* ou *split-preparation*)) permettrait un nettoyage de l'intestin plus efficace que la prise en une seule dose la veille de l'examen (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014; Martel et autres, 2015). Cette pratique est à privilégier lors de la prescription d'une préparation colique aux patients.

Lorsqu'une deuxième coloscopie est requise en raison d'une préparation intestinale inadéquate (voir la section 1.5), l'observance de la première préparation par le patient doit être décrite dans le rapport endoscopique. Si la procédure a été respectée, plusieurs options peuvent être envisagées (Barkun et autres, 2006; Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014) :

- augmenter le temps de restriction alimentaire et la durée de la diète liquide;
- si possible, changer de type de préparation (PEG au lieu de PMSC, ou vice-versa);
- ajouter un laxatif supplémentaire (Mg-citrate ou bisacodyl) ou augmenter la dose (ex. : 20 mg plutôt que 10 mg);
- doubler les doses de préparation en augmentant le temps de traitement ou combiner les deux types de préparation.

Si le patient n'a pas respecté toutes les règles de préparation, la même procédure peut être reprise avec un délai d'au moins 24 heures (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014).

Le choix de la préparation pour la deuxième coloscopie doit être justifié et expliqué en fonction des difficultés du patient à suivre la première préparation colique prescrite.

Le type de préparation colique utilisé reste toutefois au choix du coloscopiste. Cependant, en tout temps, il doit sélectionner une préparation colique sécuritaire pour le patient en fonction de son état de santé, de ses comorbidités et de sa médication prise (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014), car tous les types de préparations peuvent causer des complications (Barkun et autres, 2006; Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014).

Cibles/Indicateurs

Coloscopistes et infirmières

Pour toutes les coloscopies effectuées, il faut préciser dans le rapport endoscopique le type de préparation colique^p utilisé.

Lorsqu'une deuxième coloscopie est requise :

- l'observance de la première préparation par le patient doit être décrite;
- le choix de la préparation pour la deuxième coloscopie doit être justifié et expliqué en fonction des difficultés éprouvées lors de la première coloscopie.

^p Les données récentes montrent que la prise d'une préparation en deux doses permettrait un nettoyage de l'intestin plus efficace que la prise en une seule dose. Cette pratique est à privilégier lors de la prescription d'une préparation colique aux patients.

Tableau 2 Exemples de préparations coliques offertes au Canada^q**Polyéthylène glycol**

Compagnie pharmaceutique	Nom commercial
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Bi-Peglyte
Perrigo International	ClearLax
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Colyte–PegLyte
Braintree Laboratories inc.	Golytely
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Klean-prep
Pendopharm, division de Pharmascience inc.	Lax-a-day
Medical Futures inc.	Moviprep
Medisca Pharmaceutique inc.	PEG 3350

Citrate de magnésium

Compagnie pharmaceutique	Nom commercial
Odan laboratories ltd.	Citrodan
Rougier Pharma	Citro-Mag

Picosulfate de sodium

Compagnie pharmaceutique	Nom commercial
Odan laboratories Ltd.	Oral purgative
Ferring inc.	Pico-Salax
Pharmascience inc.	Picoflo
Odan laboratories ltd.	Purg-Odan

Source: (Santé Canada, 2014)

^q Les préparations à base de phosphate de sodium (NaP) ne sont plus recommandées comme préparations coliques précédant une coloscopie

Tableau 3 Exemples de préparations coliques standardisées à utiliser avant une coloscopie chez l'adulte

	Types de préparations coliques		
	4 L de PEG	2 L de PEG	PSMC – laxatifs salins
	Larges volumes de liquide iso-osmolaire		Petits volumes de liquide hyperosmolaire
Type de patient visé	1) Patient avec problème de santé : • diabète ; • insuffisance cardiaque (infarctus du myocarde, angine, hypertension) ; • insuffisance rénale ; • insuffisance hépatique; • ascite; • déséquilibre électrolytique (diurétique); • personne âgée ou faible. 2) Patient sans problème de santé connu.		Patient sans problème de santé connu
Hydratation	Au besoin		Minimum de 250 ml de liquide clair ^r par heure d'éveil
Restrictions générales	Le patient doit poursuivre la prise de ses médicaments, excepté les antithrombotiques (voir la section 1.7, le tableau 4 et la figure 1) et les hypoglycémifiants. Si le patient est diabétique, prévoir l'examen en avant-midi et reprendre les hypoglycémifiants ou l'insuline en même temps que la reprise de l'alimentation. À proscrire si conditions suivantes : iléus, rétention gastrique, perforation de l'intestin, obstruction gastro-intestinale et colite sévère.^s Il est recommandé de suivre une diète liquide ou faible en résidus dès le matin, la veille de la coloscopie (Hassan et autres, 2013; Johnson et autres, 2014) (Voir les fiches d'exemples de diètes en annexe IV). Demeurer à jeun 2 h avant la coloscopie.		
Préparation à suivre	Préparation prise en une seule dose : <u>Si coloscopie en AM :</u> À partir de 18 h, la veille de l'examen, boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète des 4 L. Une prise en une seule dose en AM n'est pas recommandée pour une coloscopie en PM.	Pour toutes les modalités ci-dessous, 2 ou 4 comprimés de 5 mg de bisacodyl doivent être pris à 14 h la veille de l'examen. La prise d'antiacide doit être évitée une heure avant la prise du bisacodyl.	S'hydrater à raison d'un minimum de 250 ml (8 oz) de liquide clair à l'heure. <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> À partir de 12 h, la veille de l'examen, prendre un sachet de Pico-Salax[®] dans un verre d'eau. À partir de 18 h, prendre un 2^e sachet de Pico-Salax[®] dans un verre d'eau et s'hydrater

^r Thé et café sans lait, jus clairs sans pulpe, boissons d'électrolytes, boissons gazeuses blanches, eau.

^s Tous les produits incluent une monographie avec les contre-indications.

	Préparation prise en deux doses^t : <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> La préparation peut être séparée en deux doses (2 L la veille et 2 L le matin de l'examen). 1) À partir de 19 h, la veille de l'examen, boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète du premier 2 L. 2) Le jour de l'examen (4-5 h avant) boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète du dernier 2 L au moins 2 h avant l'examen.	Préparation prise en une seule dose : <u>Si coloscopie en AM :</u> À 18 h, la veille de l'examen, boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète des 2 L. <u>Si coloscopie en PM :</u> Le matin de l'examen, boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète des 2 L au moins 2 h avant l'examen. Préparation prise en deux doses^w : <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> La préparation peut être séparée (1 L la veille et 1 L le matin de l'examen). 1) La veille de l'examen, après la première selle, ou 6 heures après avoir pris les comprimés de bisacodyl s'il n'y en a pas, boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète du 1 L. 2) Le jour de l'examen (4-5 h avant) boire 240 ml (8 oz) de solution PEG toutes les 10 minutes jusqu'à la prise complète du dernier 1 L au moins 2 h avant l'examen.	avec au moins 1,5 à 2 L de liquide clair avant 22 h. Possibilité de prendre les 2 sachets le jour de l'examen, mais il doit y avoir un intervalle de 6 heures entre la prise de ces sachets, considérant que le second sachet doit être pris au moins 3-5 h avant l'examen. Préparation prise en deux doses^w : <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> Prendre un sachet de Pico-Salax[®] dans un verre d'eau la veille de l'examen en fin PM ou en soirée et un autre sachet le matin même, au moins 3-5 h avant l'examen. Continuer l'hydratation le matin de l'examen.
--	--	---	--

PSMC : citrate de magnésium, picosulfate sodique, acide citrique et hydroxyde de magnésium; PEG : polyéthylène glycol; AM : avant-midi; PM : après-midi.

^t Les données récentes montrent que la prise d'une préparation en deux doses permettrait un nettoyage de l'intestin plus efficace que la prise en une seule dose.

1.5 Qualité de la préparation intestinale

Section associée : 1.4 Préparation colique

Application/Responsabilité
Coloscopistes Infirmières
Contexte/Objectif
La qualité des coloscopies doit atteindre un niveau défini par plusieurs indicateurs. Ces indicateurs de qualité et de performance sont reconnus et pertinents par rapport à l'évaluation systématique de la pratique de la coloscopie (Rex et autres, 2006). La qualité de la préparation constitue un facteur essentiel dans la détection de polypes : une préparation inadéquate réduit le taux de détection des petits et des gros polypes (Harewood et autres, 2003; Froehlich et autres, 2005; Rex et autres, 2006). Une préparation colique adéquate est associée à un plus grand nombre de coloscopies complètes (Crispin et autres, 2009).
Seuil à atteindre et exigences
Pour chaque procédure effectuée, la préparation intestinale doit être décrite dans le rapport de coloscopie de façon standardisée, soit avec le plus d'éléments objectifs possible (Rex et autres, 2006). Parmi les échelles de préparation colique publiées, celle de Boston (Lai et autres, 2009) est la plus couramment utilisée et la mieux validée à ce jour (Parmar et autres, 2016). Le score total de l'échelle de Boston se situe entre 0 (préparation désastreuse) et 9 (préparation idéale). Un score partiel variant entre 0 et 3 est attribué pour chaque segment du côlon, soit ascendant, transverse et gauche. La quantité de liquide résiduel n'est pas évaluée. Un score total ≥ 6 et un score ≥ 2 pour chaque segment sont considérés comme adéquats. (Calderwood et autres, 2014) (voir l'échelle en annexe V). Lorsque la qualité de la préparation intestinale est jugée « inadéquate », une deuxième coloscopie doit être prévue dans les 60 jours suivants (idéalement dans les 30 jours). Dans cette situation, l'infirmière communique par téléphone avec le patient afin de procéder à une évaluation de sa condition de santé, ainsi qu'à l'enseignement et au suivi requis concernant la préparation colique en vue de réduire les risques de préparation intestinale inadéquate. Lorsque la qualité de la préparation intestinale est considérée comme « correcte », l'intervalle pour la prochaine coloscopie de suivi sera plus éloigné. La figure 4 précise les intervalles de surveillance à respecter en coloscopie.
Cibles/Indicateurs
Coloscopistes La qualité de la préparation intestinale est décrite dans le rapport de coloscopie pour toutes les coloscopies. L'utilisation de l'échelle de Boston est recommandée. 90% des personnes qui subissent une coloscopie ont un score total à l'échelle de Boston de 6 ou plus et aucun segment colique avec un score inférieur à 2. D'autres cibles ou indicateurs liés à la qualité de la préparation intestinale pourront être élaborés.

1.6 Sédation-analgésie

Application/Responsabilité
Coloscopistes Infirmières
Contexte/Objectif
La sédation-analgésie est une technique qui consiste à administrer des médicaments à un patient afin qu'il tolère mieux une intervention diagnostique ou thérapeutique de façon sécuritaire. Elle altère le niveau de conscience d'une personne et sa perception de la douleur tout en lui permettant une réponse aux stimuli verbaux ou tactiles et le maintien de fonctions cardiaques et ventilatoires adéquates. Certains patients requerront surtout une sédation, d'autres une analgésie et la plupart, les deux à la fois. Les médicaments et la technique utilisés varient principalement en fonction du niveau de sédation désiré, de la nature et de la durée de l'intervention et des caractéristiques du patient (Collège des médecins du Québec, 2009). Les lignes directrices (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015) sont conçues dans le but d'offrir des recommandations visant un degré optimal de sécurité, notamment en ce qui concerne l'évaluation et la surveillance clinique, y compris le monitoring et la médication. Elles décrivent également les compétences professionnelles nécessaires pour la réalisation de la sédation-analgésie optimale et sécuritaire. Les objectifs visés par la sédation-analgésie lors d'une intervention diagnostique ou thérapeutique sont d'assurer la sécurité et le bien-être du patient et de permettre une intervention diagnostique ou thérapeutique de qualité en : • fournissant une analgésie, une sédation et une amnésie adaptées; • contrôlant les comportements moteurs nuisibles à l'intervention diagnostique ou thérapeutique; • minimisant les réponses psychologiques défavorables associées aux interventions diagnostiques ou thérapeutiques douloureuses ou anxiogènes. Il a été démontré que l'utilisation de la sédation lors de la coloscopie accroît les chances d'atteindre le cæcum, de détecter des polypes et de réduire le risque de complications liées à la coloscopie (Radaelli et autres, 2008; Crispin et autres, 2009). L'utilisation de la sédation rendrait l'intervention plus acceptable aux yeux du patient et optimiserait également le potentiel diagnostique de la coloscopie par la détection de polypes (Radaelli et autres, 2008).
Seuil à atteindre et exigences
Une sédation-analgésie doit être offerte à tous les patients, à moins d'une contre-indication. Ils peuvent l'accepter ou la refuser : • Les patients qui l'acceptent doivent obligatoirement bénéficier d'une surveillance appropriée et continue avant, pendant et après l'administration d'une sédation-analgésie; • Si aucune sédation-analgésie n'est administrée au patient, les raisons doivent être documentées dans le rapport de coloscopie. La sédation-analgésie s'inscrit dans une pratique de collaboration entre le médecin et d'autres professionnels de la santé. Tous doivent avoir les qualifications requises dans le domaine de la sédation-analgésie. L'équipe soignante qui réalise une intervention diagnostique ou thérapeutique

sous sédation-analgésie doit donc :

- être en mesure d'évaluer adéquatement la condition de santé du patient et d'en assurer la surveillance clinique;
- connaître et utiliser judicieusement la médication ainsi que ses antagonistes;
- posséder les connaissances et les compétences^u nécessaires pour intervenir en situation d'urgence telle que la réanimation cardiorespiratoire^v (de préférence en soins avancés), c'est-à-dire maîtriser en priorité les techniques de la prise en charge de la ventilation, du massage cardiaque et de la médication associée;
- avoir l'expertise requise, selon la clientèle visée et l'intervention diagnostique ou thérapeutique à réaliser.

Coloscopistes :

Le médecin doit compter sur la présence d'au moins un autre professionnel habilité du milieu de la santé. Ce professionnel^w, en étroite collaboration avec le médecin réalisant l'intervention, assure la gestion de la sédation et de l'analgésie qui comprend la surveillance clinique du patient, responsabilité à laquelle il doit en tout temps se consacrer en priorité. Si l'intervention requiert une assistance technique continue, l'ajout d'un autre professionnel est nécessaire.

Dans le cas où surviendrait un arrêt cardiorespiratoire, le professionnel de la santé qui est présent lors de la procédure doit être en mesure de prendre en charge les premiers soins en donnant l'alerte et en amorçant les manœuvres de réanimation avec le médecin, le temps que l'équipe de réanimation arrive. Il est par ailleurs recommandé que le médecin ait la certification Basic Cardiac Life Support (BCLS) (American Gastroenterological Association, 2001).

L'utilisation de la sédation-analgésie doit suivre les lignes directrices publiées conjointement par le CMQ, l'OIIQ et l'OPIQ en 2015 (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015). Tout événement clinique significatif ou toute complication liés à l'administration de la sédation-analgésie doivent être documentés par le coloscopiste dans le rapport de coloscopie, s'il survient avant ou pendant la procédure. Les événements survenant après la procédure, mais avant le congé du patient, sont notés par l'infirmière et, si requis, par le médecin.

Infirmières :

L'infirmière présente en salle lorsque le médecin réalise une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie est habilitée à effectuer l'évaluation et la surveillance clinique du patient. Pour ce faire, elle doit être en mesure :

- d'effectuer l'évaluation de la condition de santé du patient avant la procédure afin de transmettre au médecin les données pertinentes qui pourront exercer une influence sur la sédation-analgésie administrée au patient;
- d'assurer la surveillance clinique étroite du patient pendant et après l'administration de la sédation-analgésie jusqu'au rétablissement de l'état de conscience de la personne pendant la

^u On s'attend à ce que les connaissances et compétences soient mises à jour selon les recommandations en vigueur.

^v On entend par certification en réanimation cardiorespiratoire les formations suivantes :

› Réanimation cardiorespiratoire de base : Soins immédiats en réanimation (SIR) pour professionnels de la santé ou l'équivalent;

› Réanimation cardiorespiratoire avancée : Soins avancés en réanimation cardiovasculaire (SARC) ou l'équivalent.

^w S'il s'agit d'une infirmière, se référer à la section de la présente norme détaillant sa pratique.

période de recouvrement;

- de commencer des manœuvres de réanimation dans le cas où surviendrait un arrêt cardiorespiratoire, le temps que le patient soit pris en charge par l'équipe de réanimation.

Les lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte de l'OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016) précisent les paramètres et les éléments particuliers qui doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance clinique. Il est recommandé d'utiliser des outils standardisés pour documenter et assurer la surveillance du niveau de sédation et de la douleur du patient. À cet effet, un formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en pré, per et postcoloscopie préparé par l'OIIQ est présenté à l'annexe II. Ce formulaire intègre les risques ASA de la classification du risque anesthésique de l'American Society of Anesthesiologists (voir l'annexe VI).

Consentement

Il est recommandé que le consentement porte à la fois sur la sédation-analgésie et sur l'intervention diagnostique ou thérapeutique. De plus, il est indiqué que l'information transmise au patient, verbalement ou par écrit, explique les risques de la sédation-analgésie et les risques de l'intervention elle-même. Une note explicative doit être versée au dossier ou à même le rapport d'endoscopie.

Préparation du patient à la sédation-analgésie

Avant de subir une intervention diagnostique ou thérapeutique sous sédation-analgésie, le patient doit recevoir, de préférence dans un document, les recommandations suivantes :

- éviter de consommer toute boisson alcoolisée ou drogue pouvant altérer le niveau de conscience 24 heures avant et après l'intervention;
- observer une période de jeûne de 2 heures si le patient suivait un régime de liquides clairs lors des dernières 6 à 12 heures;
- suivre les recommandations d'un médecin ou d'un pharmacien qui précisent si les médicaments prescrits sur une base régulière peuvent être administrés comme à l'accoutumée et qui fait part des exceptions, s'il y a lieu.

Procédure

Pré sédation-analgésie

Une évaluation de tous les aspects relatifs au maintien de la perméabilité des voies aériennes est essentielle avant de procéder à la sédation-analgésie. La sélection des patients doit tenir compte de :

- l'état de santé général;
- l'examen physique : évaluation des voies aériennes supérieures afin de préciser le risque d'assistance ventilatoire et d'intubation difficile (score de Mallampati à privilégier);
 - la présence d'obésité,
 - la tête et le cou : mobilité cervicale compromise/cou court ou large/pathologie ou anomalie des voies respiratoires supérieures,
 - la bouche : petite ouverture/dentition,
- l'identification des facteurs de risque à la suite de l'évaluation (cardiovasculaire, respiratoire, hépatique et neurologique),
- la documentation des antécédents anesthésiques et chirurgicaux afin de déceler des complications potentielles et allergies,

- la documentation des comorbidités, dont les troubles respiratoires du sommeil,
- la prise de médication ou d'autres substances afin de déterminer les risques d'interaction avec les médicaments utilisés lors de la sédation-analgésie,
- la présence de caractéristiques propres aux patients (fonctions cognitives et autres caractéristiques).

Per sédation-analgésie

Le médecin et l'infirmière doivent utiliser une médication qu'ils connaissent et qui est reconnue. Ils doivent être en mesure de prendre en charge toute complication potentielle, y compris la gestion d'un passage momentané à un niveau de sédation-analgésie supérieur (plus profond) à celui qui a été planifié.

Lorsque le Propofol est administré, un professionnel habilité doit être attribué exclusivement à la surveillance clinique continue du patient. De plus, l'utilisation du capnographe et d'un moniteur cardiaque est alors obligatoire (voir l'annexe VII). Cette pratique est également recommandée pour les patients avec apnée du sommeil.

La surveillance clinique demande que soit évalué qualitativement et quantitativement, de façon soutenue et continue, l'ensemble des paramètres suivants (liste non limitative) (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015) :

- mesure de la pression artérielle, du pouls^x et de la respiration^y;
- lecture de la saturation capillaire en oxygène;
Il faut noter que la tonalité de pouls doit être activée en tout temps et son niveau doit être ajusté de façon à être entendu clairement.
- évaluation de l'efficacité de la sédation (évaluation de la sédation/agitation et du niveau de conscience);
- évaluation de l'efficacité de l'analgésie (évaluation de la douleur), de l'anxiété et de la réaction du patient à l'intervention diagnostique ou thérapeutique;
- évaluation de l'état, de la coloration et de la température de la peau;
- évaluation de la perméabilité des voies aériennes;
- niveau d'O₂, de CO₂ et monitoring cardiaque, selon le cas (par exemple, si un patient a un stimulateur cardiaque).

Post sédation-analgésie

Le médecin ayant procédé à l'intervention ou un médecin désigné doit être disponible en tout temps afin de pouvoir intervenir sans délai, le cas échéant.

Les critères suivants doivent être respectés, de façon systématique, lors du congé :

- voies aériennes perméables et ventilation normale;
- stabilité cardiovasculaire;
- niveau de conscience revenu à l'état normal;
- douleur résiduelle tolérable ou absente;
- mobilité revenue à l'état initial;
- patient ou personne responsable en mesure de comprendre les directives de départ.

^x Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.

^y La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

Ces critères doivent être respectés de façon systématique. Les professionnels doivent s'assurer que le patient, quand il quitte l'établissement, est accompagné d'un adulte responsable et qu'un document relatif au congé, comprenant des consignes claires pour la surveillance à domicile (ex. : quoi faire en cas d'urgence), lui est remis et expliqué. (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015).

Il importe de s'assurer de la traçabilité de l'évaluation et de la surveillance clinique par une tenue de dossier conforme aux normes en vigueur, idéalement avant la procédure, après l'administration des agents ou d'un antagoniste, durant la période de récupération et au moment du congé.

Cibles/Indicateurs

Une sédation-analgésie est offerte à tous les patients qui doivent subir une coloscopie, à moins d'une contre-indication médicale. Le patient peut refuser la sédation-analgésie.

L'utilisation ou non d'une sédation doit être documentée dans le rapport de coloscopie pour chaque coloscopie. De plus :

- si une sédation-analgésie est administrée au patient, l'évaluation et la surveillance pré, per et postcoloscopie doivent être documentées à l'aide du formulaire d'évaluation et de surveillance utilisé au sein des unités d'endoscopie. Le formulaire doit intégrer le contenu présenté dans le formulaire type de l'annexe II pour être conforme aux lignes directrices élaborées par l'OIIQ;
- si aucune sédation-analgésie n'est administrée au patient, les raisons doivent être documentées dans le rapport de coloscopie.

D'autres cibles ou indicateurs liés à la sédation-analgésie pourront être élaborés.

1.7 Défibrillateur et stimulateur cardiaque

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
Mise en contexte Considérant que : • des patients référés en coloscopie peuvent être porteurs d'un défibrillateur implantable ou d'un stimulateur cardiaque, • la procédure endoscopique peut nécessiter l'utilisation de l'électrocautère, • le courant électrique généré par l'électrocautère peut interférer avec le fonctionnement du stimulateur ou du défibrillateur, il importe de s'assurer d'une pratique sécuritaire lorsqu'une coloscopie est réalisée chez un patient porteur d'un stimulateur ou d'un défibrillateur. Les patients avec défibrillateur sont plus à risque de conséquences graves s'il y a interférence avec l'électrocautère, considérant la grande sensibilité de ce type d'appareil et l'administration potentielle d'une thérapie de défibrillation inappropriée (Petersen et autres, 2007). Le risque associé à l'endoscopie est par ailleurs augmenté chez ces patients parce qu'ils présentent habituellement une condition cardiaque sous-jacente plus sévère. Ils nécessitent de fait une surveillance constante. Pour les patients avec stimulateur cardiaque, plusieurs types d'appareils sont possibles, mais le plus important est de savoir si le patient est dépendant de la cardiostimulation. On considère généralement qu'un patient est dépendant du cardiostimulateur si la fréquence cardiaque sous-jacente est inférieure à 30 battements par minute ou encore s'il n'y a aucun rythme sous-jacent (ex : BAV 3e degré). (Crossley et autres, 2011) Risques potentiels Des interférences avec le cardiostimulateur ou le défibrillateur peuvent être occasionnées par le courant électrique de l'électrocautère (coagulation et argon). Lorsque captées par l'appareil, ces interférences peuvent être interprétées comme une activité cardiaque intrinsèque. Dans le cas d'un pacemaker, ceci pourrait entraîner l'inhibition de la stimulation, résultant en une asystolie si le patient est dépendant. Il est à noter que cet effet sur l'appareil n'est que transitoire et que le cardiostimulateur reprendra la stimulation dès l'arrêt de l'application de l'électrocautère. Dans le cas d'un défibrillateur, la décharge électrique de l'électrocautère peut être interprétée par l'appareil comme une arythmie ventriculaire maligne, ce qui peut entraîner l'administration d'une thérapie de défibrillation inappropriée par l'appareil et générer des conséquences néfastes pour le patient (ex : douleur, proarythmie). Principes généraux pour minimiser les risques Peu importe le type d'appareil implanté, certains principes généraux sont recommandés pour minimiser les risques, soit (Petersen et autres, 2007) (Crossley et autres, 2011): • utiliser, si possible, une autre technique sans courant électrique (biopsie froide, injection, clip, etc.); • limiter la durée de la décharge électrique (< 5 secondes); • utiliser, si possible, un électrocautère bipolaire plutôt que monopolaire;

- diminuer l'intensité du courant;
- s'assurer que les plaques électrochirurgicales (grounding pads) soient positionnées à distance de l'appareil;
- éviter d'utiliser le courant très près du stimulateur (< 15 cm).

Recommandations

Le coloscopiste doit, avant d'entamer la procédure, connaître le type de défibrillateur ou de stimulateur dont est porteur le patient. Le formulaire *Demande de coloscopie longue* (AH-702), dans la section *renseignements complémentaires pertinents*, prévoit que le médecin référent indique si le patient est porteur ou non d'un défibrillateur ou d'un stimulateur cardiaque. Dans le cas où le patient est porteur d'un tel appareil, des informations complémentaires doivent être obtenues avant le jour de l'examen. Pour ce faire, une personne ayant les compétences nécessaires et étant désignée pour le processus de triage et de gestion des requêtes complexes prend la demande en charge. Les informations complémentaires requises peuvent notamment être obtenues par la consultation du dossier, par un questionnaire au patient ou par un contact avec le cardiologue traitant.

Défibrillateur

Lorsque le patient nécessite un traitement endoscopique, le plus simple consiste à appliquer un aimant sur le défibrillateur pour la durée de la procédure. La thérapie de défibrillation sera ainsi inhibée de manière transitoire. Lorsque l'utilisation de l'électrocautère est terminée, l'aimant peut être retiré et le défibrillateur retrouvera immédiatement son fonctionnement normal. Si le patient développe une arythmie ventriculaire pendant la procédure, l'aimant peut être retiré et le défibrillateur administrera le traitement nécessaire. Par contre, si le patient est dépendant de la fonction de stimulation du défibrillateur, l'application de l'aimant n'empêchera pas l'inhibition potentielle de la stimulation par l'électrocautère, et une asystolie transitoire peut survenir (Petersen et autres, 2007).

Si une intervention nécessite beaucoup de coagulation ou un traitement prolongé (ex : mucosectomie, traitement extensif à l'argon), une reprogrammation temporaire de l'appareil par l'équipe de cardiologie pourrait être nécessaire, surtout si le patient est dépendant de la fonction de stimulation du défibrillateur (Petersen et autres, 2007). Une consultation préalable en cardiologie devrait être envisagée. Si la procédure requiert de désactiver la fonction défibrillation, il sera essentiel de faire réactiver le défibrillateur après l'intervention (Petersen et autres, 2007). Dans ce cas, l'équipe de cardiologie devrait être informée dès l'arrivée du patient en salle de récupération, pour planifier son intervention.

Finalement, si le patient qui subit la coloscopie est porteur d'un défibrillateur, il est nécessaire de le garder sous monitoring cardiaque, en plus de la saturométrie et de la prise de la pression artérielle régulière. Un chariot de réanimation devrait être disponible, en cas de besoin (Petersen et autres, 2007).

Stimulateur cardiaque

Si le patient porteur d'un stimulateur cardiaque en est dépendant (rythme sous-jacent inférieur à 30 battements ou asystolie), l'application d'un aimant sur le stimulateur désactive la fonction de détection du rythme. L'appareil ne captera donc pas les interférences possibles dues à l'électrocautère et stimulera le cœur à la fréquence cardiaque de base déterminée par la programmation de l'appareil (généralement $\geq$ à 60 battements par minute). L'aimant pourra ainsi être appliqué pour la durée de l'intervention, puis retiré sans danger pour le patient. De manière alternative, on pourrait reprogrammer le stimulateur en mode asynchrone pour la durée de l'intervention (Petersen et autres, 2007).

Si le stimulateur est installé de façon préventive chez un patient qui a un rythme sous-jacent suffisamment rapide, l'application d'un aimant empêchera le stimulateur de capter les battements cardiaques intrinsèques. L'appareil stimulera alors le cœur de manière asynchrone, ce qui peut dans de très rares cas avoir un effet proarythmique. Il est donc préférable de ne pas apposer l'aimant dans cette situation. Les mesures d'usage pour limiter l'impact du courant (ex : positionnement des pads pour éviter que le courant ne passe via le stimulateur cardiaque, faible intensité du courant et applications de courte durée) sont suffisantes.

Cible/Indicateur

Les modalités de prise en charge du patient ayant un défibrillateur ou un stimulateur cardiaque doivent être documentées au rapport de coloscopie.

1.8 Thérapie antithrombotique

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
L'administration d'antithrombotiques sert à réduire la coagulation sanguine à l'intérieur des veines et des artères, coagulation qui est à l'origine de la formation d'un caillot (thrombus). Voici les principaux médicaments appartenant à chacune des deux grandes catégories d'antithrombotiques : • Les anticoagulants : la warfarine (Coumadin^{MC}), l'héparine non fractionnée (HNF), l'héparine de faible poids moléculaire (HBPM), le dabigatran (Pradaxa^{MC}), le rivaroxaban (Xarelto®) et l'apixaban (Eliquis^{MC}). • Les antiplaquettaires : l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les thiéno-pyridines (Plavix^{MC}, Ticlid^{MC}, Effient^{MC}, Brilinta^{MC}), les inhibiteurs de la GP IIb/IIIa (Integrilin^{MC}, Aggrastat^{MC}) et la dipyridamole seule (Persantine^{MC}) ou combinée avec de l'aspirine (Aggrenox^{MC}). De nouveaux anticoagulants ont récemment été approuvés et mis sur le marché, notamment pour la prophylaxie de chirurgie orthopédique et le traitement de la thrombose veineuse profonde (TVP). La nouveauté de ces produits ne permettant pas à ce jour l'établissement d'un algorithme reconnu de prise en charge des patients, ils ne seront pas davantage détaillés ici. Il est toutefois recommandé de consulter le médecin traitant (cardiologue, hématologue ou interniste) pour la procédure à suivre en cas de coloscopie chez les patients qui prennent ce type d'anticoagulants. Les recommandations émises dans cette fiche devront faire l'objet d'une révision scientifique périodique afin d'inclure les nouveaux produits et de s'assurer de la pertinence des recommandations. Avant d'effectuer une coloscopie chez un patient sous thérapie antithrombotique, il est important d'évaluer certains aspects, dont : • l'urgence et la nécessité de la procédure; • les risques de saignements associés à la prise d'antithrombotiques; • les risques de saignements associés à la coloscopie effectuée chez un patient sous thérapie antithrombotique; • le risque thromboembolique lié à l'arrêt des antithrombotiques. Le tractus gastro-intestinal est le site le plus propice à des saignements importants chez les patients sous thérapie antithrombotique (Choudari et autres, 1994). Le risque d'hémorragie pendant et après la coloscopie est d'autant plus grand lors d'une coloscopie avec polypectomie (Witt et autres, 2009), d'où la nécessité d'établir des lignes directrices précises de prise en charge de ces patients. Toutefois, les meilleures pratiques cliniques à adopter dans de telles situations reposent actuellement sur des données scientifiques de niveau moyen de preuve (Douketis, 2009). Pour les anticoagulants tels que les antagonistes de la vitamine K, la mesure de l'état de la coagulation sanguine se fait en fonction du rapport normalisé international (RNI), communément appelé INR (International Normalized Ratio) dans les milieux de soins québécois. Selon la maladie et les caractéristiques du patient, le RNI visé doit respecter les recommandations de l'American College of Chest Physicians (ACCP) (Hirsh et autres, 2008). Il n'existe pas de mesure équivalente et aisément accessible pour faire le monitoring des effets du Pradaxa, du Xarelto et de l'Apixaban ou des antiplaquettaires.

Seuil à atteindre et exigences

Les recommandations énumérées dans la présente section sont en conformité avec les lignes directrices de l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) (Anderson et autres, 2009), de la British Society of Gastroenterology (BSG) (Veitch et autres, 2008), de l'ACCP (Douketis et autres, 2012), de l'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) (Fleisher et autres, 2007) et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Évaluation du risque

Les associations professionnelles décrivent les algorithmes d'arrêt ou de poursuite de la prise d'antithrombotiques avant une procédure endoscopique en fonction du risque de celle-ci. Dans le cas d'une coloscopie, le risque est faible si elle est diagnostique (sans procédure thérapeutique) et le risque est accru si elle est thérapeutique (ex. : avec polypectomie).

Peu importe le niveau de risque associé à l'examen, le risque thromboembolique de chaque patient doit être pris en considération avant de renverser (ex. : vitamine K) ou de suspendre une thérapie antithrombotique. Ces risques sont énumérés et catégorisés dans le tableau 4.

Des chercheurs ont élaboré une classification à partir des facteurs de risque associés afin d'objectiver le niveau de risque d'accident vasculaire cérébral chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire non valvulaire (Gage et autres, 2001; Douketis et autres, 2008). Le calcul du score issu de cette classification, le score de CHADS₂, est fourni à titre informatif à l'annexe VIII. Ce score pourra éventuellement être utilisé en pratique clinique afin d'établir si ces patients présentent un risque faible ou accru d'événements thrombotiques.

De façon globale, la thérapie antithrombotique doit être maintenue lors des coloscopies diagnostiques. Toutefois, il est difficile de prévoir dans quelle mesure chaque coloscopie deviendra thérapeutique. Donc, **pour tous les patients dirigés en coloscopie, la prémisse est que cet examen peut toujours devenir thérapeutique**. Il faut alors préparer ces patients en fonction d'un éventuel acte thérapeutique afin d'éviter un nombre important de deuxièmes rendez-vous en coloscopie. Les informations ci-dessous sont fournies **à titre informatif uniquement**. La prise en charge des patients sous thérapie antithrombotique doit être faite par un autre professionnel de l'équipe de soins (hématologue, cardiologue, interniste ou autre) et non par un coloscopiste.

La raison de tout écart aux exigences décrites ci-dessous doit être consignée au dossier du patient par le coloscopiste.

Les figures 1 et 2 schématisent les recommandations sous forme d'algorithmes de prise en charge selon le type d'antithrombotique prescrit.

De façon générale, les procédures endoscopiques qualifiées d'électives (ex. : chez les personnes asymptomatiques) doivent être retardées lorsque :

- la thérapie antithrombotique est temporaire (ex. : dans le cas d'une thrombose veineuse profonde);
- les patients ont récemment eu des endoprothèses vasculaires (tuteurs coronariens), car les risques d'occlusion spontanée des endoprothèses et de décès liés à l'arrêt prématuré de la thérapie antithrombotique sont importants (Mauri et autres, 2007).

Prise en charge du patient selon le type de thérapie antithrombotique (voir les tableaux 4, 5 et 6 ainsi que les figures 1 et 2)

1. ANTICOAGULANTS

Warfarine (Coumadin^{MC}), héparine non fractionnée (HNF) et héparine de faible poids moléculaire (HBPM)

La prise de warfarine augmente les risques de saignements post-polypectomie (risque accru avec les polypes ≥ 1 cm), ainsi que lors de la reprise du traitement moins d'une semaine après la polypectomie (Yousfi et autres, 2004; Douketis, 2010).

L'administration de vitamine K par voie intraveineuse afin de renverser les effets d'une anticoagulothérapie à la warfarine ne doit pas être appliquée dans le cas de coloscopies prévues chez des personnes asymptomatiques présentant un risque accru d'événements thromboemboliques (Hirsh et autres, 2003; Douketis, 2010).

L'administration d'héparine, une substance ayant un effet anticoagulant rapide et une demi-vie courte, permet de faire le pont lors d'une interruption de la warfarine. On fait alors référence à une thérapie de relais. La thérapie de relais est limitée aux patients présentant un risque thromboembolique accru, comme décrit dans le tableau 4 (Douketis et autres, 1999; Douketis, 2010).

Deux molécules sont utilisées pour une thérapie de relais : l'HNF et l'HBPM. Leur mode d'action est le même, mais l'HBPM produit un effet anticoagulant plus prédictible, a une meilleure biodisponibilité et une demi-vie plus longue et se lie avec moins d'affinité aux plaquettes (Weitz, 1997). L'HBPM est habituellement administrée une ou deux fois par jour selon une dose fixe établie à partir du poids corporel. Si nécessaire, le monitoring de l'activité anticoagulante de l'HBPM se fait par la mesure du niveau d'anti-Xa.

Procédure à suivre

A) Chez les personnes présentant un faible risque thromboembolique (voir les tableaux 4, 5, 6 ainsi que la figure 1) :

- Arrêter la warfarine temporairement 5 jours avant la coloscopie.
- Administrer la dose quotidienne prescrite le soir même de la coloscopie, sauf si un événement survenu lors de la coloscopie peut entraîner un haut niveau de risque d'hémorragie postcoloscopie. Envisager la reprise du traitement dans un délai pouvant aller jusqu'à 3 jours dans le cas d'une résection de gros polypes (≥ 1 cm) ou d'une résection endoscopique des muqueuses (*endoscopic mucosal resection* ou EMR).
- Vérifier le RNI une semaine après la coloscopie jusqu'à l'atteinte d'un RNI satisfaisant selon la condition de santé (voir le tableau 4). Le suivi de la reprise de l'anticoagulothérapie doit se faire par le médecin traitant (suivi habituel du médecin).

B) Chez les personnes présentant un risque thromboembolique accru (voir les tableaux 4, 5 et 6 ainsi que la figure 1) :

- Arrêter la warfarine temporairement 5 jours avant la coloscopie.
- Administrer l'HBPM quotidiennement par voie sous-cutanée 2 jours après l'arrêt de la warfarine (ou lorsque le RNI est sous-thérapeutique), et ce, à doses thérapeutiques selon l'agent désigné.
- Administrer la dernière dose d'HBPM 24 heures avant la coloscopie.
- Administrer la dose de warfarine quotidienne prescrite le soir même de la coloscopie. Considérer la reprise du traitement dans un délai pouvant aller jusqu'à 3 jours dans le cas d'une résection

de gros polypes (≥ 1 cm) ou d'une résection endoscopique des muqueuses (*endoscopic mucosal resection* ou EMR).

- Reprendre l'HBPM sous-cutanée à doses thérapeutiques selon l'agent désigné 24 heures après la coloscopie et poursuivre le traitement jusqu'à l'atteinte d'un RNI satisfaisant selon la condition (voir le tableau 4). Le suivi de la reprise de l'anticoagulothérapie doit se faire par le médecin traitant (suivi habituel du médecin).

Dabigatran (Pradaxa^{MC}) (voir les tableaux 5 et 6)

Le dabigatran est un inhibiteur direct et spécifique de la thrombine, enzyme finale participant à la cascade de coagulation. Il est indiqué dans la prévention de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de l'embolie systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire (FA) non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie. Cependant, aucun test de routine ne permet de suivre quantitativement l'anticoagulation par le dabigatran. Cela implique qu'il peut y avoir des difficultés lors de situations urgentes, notamment en présence de saignement. Le taux de saignement lors d'une chirurgie chez les personnes sous dabigatran est pratiquement le même que chez les personnes sous warfarine. On note cependant que le saignement gastro-intestinal est plus fréquent chez les sujets sous dabigatran.

L'interruption du dabigatran en prévision d'une intervention élective, si indiquée, se fait en fonction des risques thrombotiques pour le patient (déterminés par le score de CHADS₂), du risque d'hémorragie attribuable à la procédure et de l'état de la fonction rénale. La coloscopie avec polypectomie est considérée comme une intervention à risque élevé chez les personnes sous dabigatran.

Procédure à suivre (voir les tableaux 5 et 6)

Interruption du dabigatran :

- Si la clairance de la créatinine (Clcr) est de 50 ml/min ou plus, arrêter temporairement le dabigatran 48 heures avant la coloscopie.
- Si la Clcr se situe entre 30 ml/min et 49 ml/min, arrêter temporairement le dabigatran 72 heures avant la coloscopie.
- Si la Clcr est inférieure à 30 ml/min, arrêter temporairement le dabigatran de 2 à 5 jours avant la coloscopie.

Reprise du dabigatran :

- Au moment opportun, ne reprendre le dabigatran que si la Clcr est de 30 ml/min ou plus. La reprise du dabigatran, en présence d'une Clcr de 30 ml/min ou plus, est fonction du risque de saignement en période postopératoire. Lorsque le risque de saignement est faible, le dabigatran est repris généralement 24 heures après la procédure. Lorsque ce risque est élevé, il est repris de 48 à 72 heures après la procédure. Bien sûr, le risque de saignement doit, en tout temps, être évalué en fonction du risque d'embolisation.

Rivaroxaban (Xarelto^{MC}) (voir les tableaux 5 et 6)

Le rivaroxaban est un anticoagulant oral, inhibiteur du facteur Xa. Il s'agit d'un médicament d'ordonnance utilisé pour réduire le risque de caillots de sang et d'accident cérébrovasculaire chez les personnes souffrant de fibrillation auriculaire.

La prise en charge préopératoire des patients recevant ce médicament est susceptible d'être facile compte tenu de la demi-vie d'élimination assez courte de ce médicament (5 heures pour le rivaroxaban chez les jeunes).

Procédure à suivre

Interruption du rivaroxaban :

- Si la Clcr est de 50 ml/min ou plus : sauter une première dose deux jours avant la coloscopie et une deuxième dose, une journée avant la coloscopie.
- Si la Clcr se situe entre 30 ml/min et 49 ml/min : sauter une première dose deux jours avant la coloscopie et une deuxième dose, une journée avant la coloscopie.
- Si la Clcr se situe entre 15 ml/min et 29,9 ml/min : sauter une première dose trois jours avant la coloscopie, une deuxième dose deux jours avant la coloscopie, et une troisième dose une journée avant la coloscopie.

Reprise du rivaroxaban :

- La reprise du rivaroxaban doit se faire lorsque l'hémostase est complète (24 à 72 heures) et que les risques de saignement sont jugés acceptables.

Apixaban (Eliquis^{MC}) (voir les tableaux 5 et 6)

L'apixaban est un anticoagulant oral, inhibiteur du facteur Xa. Il s'agit d'un médicament d'ordonnance utilisé pour réduire le risque de caillots de sang et d'accident cérébrovasculaire chez les personnes souffrant de fibrillation auriculaire.

La prise en charge préopératoire des patients recevant ce médicament est susceptible d'être facile compte tenu de la demi-vie d'élimination assez courte de ce médicament (8 heures pour l'apixaban chez les jeunes).

Procédure à suivre

Interruption de l'apixaban :

- Si la Clcr est de 50 ml/min ou plus, arrêter temporairement l'apixaban 48 heures avant la coloscopie.
- Si la Clcr se situe entre 30 ml/min et 49 ml/min, arrêter temporairement l'apixaban 72 heures avant la coloscopie.

Reprise de l'apixaban :

- La reprise de l'apixaban doit se faire lorsque l'hémostase est complète (24 à 72 heures) et que les risques de saignement sont jugés acceptables.

2. ANTIPLAQUETTAIRES

Aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (voir la figure 2)

La prise d'aspirine et d'AINS ne doit pas être interrompue avant une coloscopie avec procédure thérapeutique anticipée, car leur utilisation n'augmente pas le risque d'hémorragie pendant et après la polypectomie (Shiffman et autres, 1994; Hui et autres, 2004; Yousfi et autres, 2004; Sawhney et autres, 2008).

Clopidogrel (Plavix^{MC}), ticlopidine (Ticlid^{MC}), prasugrel (Effient^{MC}) et ticagrelor (Brilinta^{MC})
(voir la figure 2)

Les principaux agents antiplaquettaires de la classe des thiéno-pyridines comprennent le clopidogrel, la ticlopidine et, depuis peu, le prasugrel et le ticagrelor.

Le clopidogrel est le produit le plus communément utilisé à ce jour, tandis que la ticlopidine est de moins en moins prescrite. En effet, celle-ci a été associée à plusieurs effets secondaires importants et son utilisation a ainsi été rendue caduque (Veitch et autres, 2008; Kwok et autres, 2009). Le prasugrel a récemment été testé dans une étude clinique de phase III, mais occasionne des risques accrus d'hémorragie majeure comparativement au clopidogrel (Wiviott et autres, 2007; Kwok et autres, 2009). Enfin, une veille scientifique devra être effectuée concernant le ticagrelor, une molécule très récente qui a été approuvée en juillet 2010 par la US Food and Drug Administration (FDA), mais qui n'a pas encore été homologuée au Canada.

Pour ces raisons, les recommandations décrites ci-dessous sur la procédure de précoloscopie à suivre concernent principalement le clopidogrel, mais peuvent également s'appliquer à la ticlopidine.

Procédure à suivre

- A) Chez les personnes présentant un faible risque thromboembolique (voir la figure 2 et le tableau 7) :
- Arrêter temporairement le clopidogrel 7 jours avant la coloscopie. L'arrêt de 7 jours doit être respecté, sinon reprendre le clopidogrel et planifier de nouveau une coloscopie.
 - Maintenir la prise d'aspirine si le patient a recours à une double thérapie clopidogrel-aspirine. Sinon, envisager la possibilité de prescrire de l'aspirine pendant l'arrêt du clopidogrel.
 - Reprendre la thérapie au clopidogrel le jour suivant la coloscopie.
- B) Chez les personnes présentant un risque thromboembolique accru (voir la figure 2 et le tableau 7) :
- Étant donné l'absence de données claires sur le clopidogrel, la décision d'arrêter ce médicament devrait se prendre en étroite collaboration avec le cardiologue ou l'hématologue traitant.
 - Confirmer auprès du coloscopiste la nécessité et la pertinence de la coloscopie.
 - Arrêter temporairement le clopidogrel 7 jours avant la coloscopie dans les cas particuliers suivants :
 - installation de tuteurs coronariens à treillis métallique sans élution depuis > 1 mois;
 - installation de tuteurs coronariens à élution depuis > 12 mois;
 - installation de tuteurs coronariens à élution depuis seulement 6 mois et coloscopie vraiment essentielle.
 - Arrêter le ticagrelor et le prasugrel 10 jours avant la coloscopie.
 - Maintenir la prise d'aspirine.
 - Reprendre le clopidogrel le jour suivant la coloscopie.

3. INHIBITEURS DE GP IIB/IIIA (INTEGRILIN^{MC}, AGGRASTAT^{MC})

Les antagonistes de GP IIb/IIIa sont prescrits dans des cas de syndromes coronariens aigus. Leur utilisation est habituellement de courte durée. Les procédures endoscopiques pour ce groupe de patients sont à risques élevés et devraient être réservées aux cas de saignements gastro-intestinaux pouvant mettre la vie en danger (Veitch et autres, 2008; Kwok et autres, 2009).

4. DIPYRIDAMOLE SEULE (PERSANTINE^{MC}) OU DIPYRIDAMOLE COMBINÉE AVEC DE L'ASPIRINE (AGGRENOL^{MC})

Les données scientifiques concernant la prise de dipyridamole et les procédures présentant un haut risque de saignement sont très limitées. Cependant, le risque de saignement gastro-intestinal spontané est plus faible que celui associé à la prise d'aspirine (Diener et autres, 1996). Les patients sous dipyridamole ou sous double thérapie avec aspirine n'ont pas à arrêter leur traitement avant une coloscopie.

Cibles/Indicateurs

Les modalités de prise en charge du patient sous thérapie antithrombotique en vue d'une coloscopie doivent être détaillées dans le rapport.

La raison de tout écart aux exigences décrites ci-dessus doit être consignée au dossier du patient par le coloscopiste.

Tableau 4 Thérapie de relais

Gestion des anticoagulants péri-intervention

**INDICATION D'UNE THÉRAPIE DE RELAIS
SELON LA CATÉGORIE DE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE**

Niveau de risque d'événement thromboembolique	Indication d'une thérapie de relais selon l'indication d'anticoagulation		
	Valves cardiaques mécaniques	Fibrillation auriculaire	Thromboembolie veineuse
Risque élevé^a Thérapie de relais à dose thérapeutique recommandée	Valve mécanique aortique à disque pivotant (Starr-Edwards) ou à billes (Bjork-Shiley) Valve mécanique en position mitrale. ACV ou ICT < 6 mois.	Score CHADS 5-6 ACV ou ICT < 3 mois Valvulopathie rhumatismale	TVP/EP < 3 mois. Thrombophilie sévère (déficience en protéine C, S et antithrombine, anticorps antiphospholipides, homozygotes, anomalies combinées). TVP/EP survenue lors de la suspension temporaire des anticoagulants oraux.
Risque modéré Thérapie de relais à considérer	Valve mécanique aortique à hémi-ailettes (St-Jude/Carbomedics) et ≥ 1 des facteurs de risque suivants : FA, atcd ACV ou ICT, hypertension, diabète, insuffisance cardiaque, ≥ 75 ans.	Score CHADS 3-4	TVP/EP > 3 mois et < 12 mois. TVP/EP récidivantes multiples ou état thrombophilique (facteur V Leiden ou mutation G20210A prothrombine) Cancer actif (tx dans les 6 derniers mois ou en soins palliatifs).
Risque faible Thérapie de relais non recommandée	Valve mécanique aortique à hémi-ailettes (St-Jude/Carbomedics) sans FA ou autres facteurs de risque. Bioprothèse valvulaire.	Score CHADS 0-2	TVP/EP > 12 mois sans autre facteur de risque.

^a **Autres catégories de patients à risque élevé :**

- Patients avec ACV ou ICT > 3 mois avant l'intervention (score CHADS < 5).
- Patients devant subir une chirurgie comportant un haut risque de développement d'événements thromboemboliques (remplacement de valve cardiaque, endartériectomie carotidienne, chirurgie vasculaire majeure).

Source : (Douketis et autres, 2012)

Traduit de l'anglais au français par la docteure Jeannine Kassis, hématologue, et madame Nathalie Simoneau, pharmacienne à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal (Québec, Canada)

Tableau 5 Prise en charge préopératoire de patients prenant de nouveaux anticoagulants avant une intervention comportant un haut risque de saignement

Médicament (dose)*	Fonction rénale du patient	Chirurgie à haut risque de saignement‡ (4 ou 5 demi-vies de médicaments entre la dernière dose et la chirurgie)
Dabigatran (150 mg, deux fois par jour)		
$T_{1/2} = 14 - 17$ h	Fonction normale ou faible insuffisance (ClCr > 50 ml/min)	Dernière dose : 3 jours avant la chirurgie (sauter 4 doses)
$T_{1/2} = 16 - 18$ h	Insuffisance moyenne (ClCr 30-50 ml/min)	Dernière dose : 4 à 5 jours avant la chirurgie (sauter de 6 à 8 doses)
Rivaroxaban (20 mg, une fois par jour)		
$T_{1/2} = 8 - 9$ h	Fonction normale ou faible insuffisance (ClCr > 50 ml/min)	Dernière dose : 3 jours avant la chirurgie (sauter 2 doses)
$T_{1/2} = 9$ h	Insuffisance moyenne (ClCr 30-50 ml/min)	Dernière dose : 3 jours avant la chirurgie (sauter 2 doses)
$T_{1/2} = 9 - 10$ h	Insuffisance grave§ (ClCr 15-29,9 ml/min)	Dernière dose : 4 jours avant la chirurgie (sauter 3 doses)
Apixaban (5 mg, deux fois par jour)		
$T_{1/2} = 7 - 8$ h	Fonction normale ou faible insuffisance (ClCr > 50 ml/min)	Dernière dose : 3 jours avant la chirurgie (sauter 4 doses)
$T_{1/2} = 17 - 18$ h	Insuffisance moyenne (ClCr 30-50 ml/min)	Dernière dose : 4 jours avant la chirurgie (sauter 6 doses)

* Estimation de la demi-vie ($t_{1/2}$) fondée sur la clairance rénale.

† Objectif : Effet anticoagulant résiduel modéré ou faible pendant la chirurgie (< 12 % - 25 %).

‡ Objectif : Aucun ou faible effet anticoagulant résiduel pendant la chirurgie (< 3 % - 6 %).

§ Patients qui reçoivent du rivaroxaban, 15 mg, une fois par jour.

Source : (Spyropoulos et autres, 2012)

Tableau 6 Prise en charge postopératoire de patients chez qui la prise de nouveaux anticoagulants a été interrompue

Médicament	Chirurgie à faible risque de saignement	Chirurgie à risque élevé de saignement
Dabigatran	Reprendre le jour suivant la chirurgie (24 h après la chirurgie) 150 mg, deux fois par jour	Reprendre 2 à 3 jours après la chirurgie (48 à 72 h après la chirurgie) 150 mg, deux fois par jour*
Rivaroxaban	Reprendre le jour suivant la chirurgie (24 h après la chirurgie) 20 mg, une fois par jour	Reprendre 2 à 3 jours après la chirurgie (48 à 72 h après la chirurgie) 20 mg, une fois par jour†
Apixaban	Reprendre le jour suivant la chirurgie (24 h après la chirurgie) 5 mg, deux fois par jour	Reprendre 2 à 3 jours après la chirurgie (48 à 72 h après la chirurgie) 5 mg, deux fois par jour†

*Dans le cas des patients à risque élevé de thromboembolie, envisagez d'administrer une dose réduite de dabigatran (p. ex., 110 à 150 mg, une fois par jour) le soir après la chirurgie et le jour suivant la chirurgie (premier jour après la chirurgie).

† Envisagez de donner une dose réduite (p. ex., rivaroxaban, 10 mg, une fois par jour, ou apixaban, 2,5 mg, deux fois par jour) aux patients à risque élevé de thromboembolie.

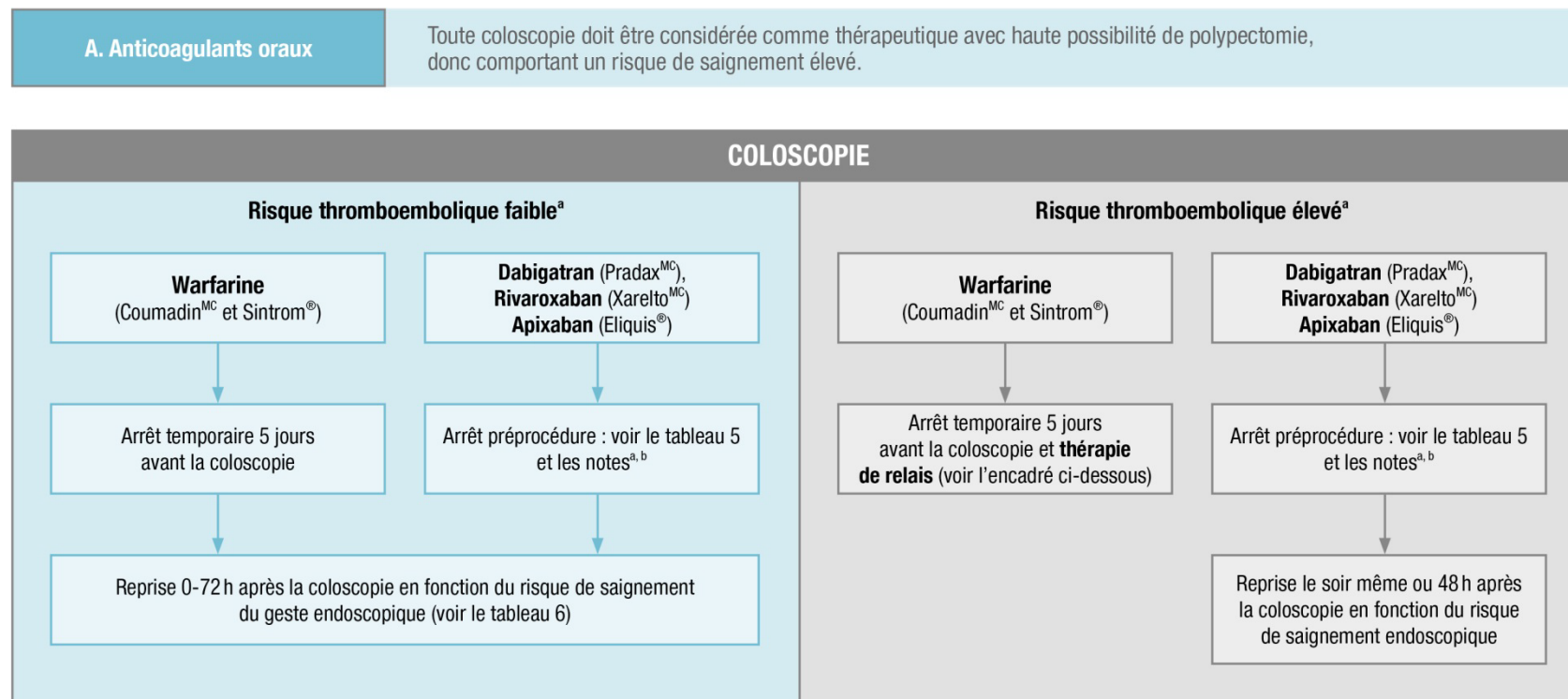
Source : (Spyropoulos et autres, 2012)

Tableau 7 Conditions de santé associées à la prise d'antiplaquettaires

Faible risque thromboembolique	Risque thromboembolique accru
✓ Maladie cardiaque athérosclérotique sans tuteur coronarien ✓ Maladie vasculaire cérébrale ✓ Maladie vasculaire périphérique	✓ Tuteurs coronariens à treillis métallique sans élution (< 1 mois) ✓ Tuteurs coronariens à élution récemment installés (< 12 mois) ✓ Événement coronarien aigu récent (< 4 à 6 semaines) ✓ Angine instable ✓ Intervention coronarienne percutanée sans tuteur à la suite d'un infarctus du myocarde

Sources : (Collège des médecins du Québec et de l'ordre des pharmaciens du Québec, 2005; Hirsh et autres, 2008; Veitch et autres, 2008; Kwok et autres, 2009; Douketis et autres, 2012).

Figure 1 Algorithme de prise en charge des patients sous anticoagulants en vue d'une coloscopie



La thérapie de relais n'est pas requise avec l'arrêt du dabigatran, du rivaroxaban et de l'apixaban.

La thérapie de relais est recommandée seulement avec l'arrêt temporaire (habituellement 5 jours avant la procédure) du Coumadin^{MC} ou du Sintrom[®] et l'usage d'HBPM thérapeutique (utiliser une dose en fonction de la clairance de créatinine selon la monographie de HBPM) le jour après l'arrêt (habituellement 4 jours avant la procédure) et jusqu'à 24 heures avant l'intervention (habituellement 1 jour avant la procédure).

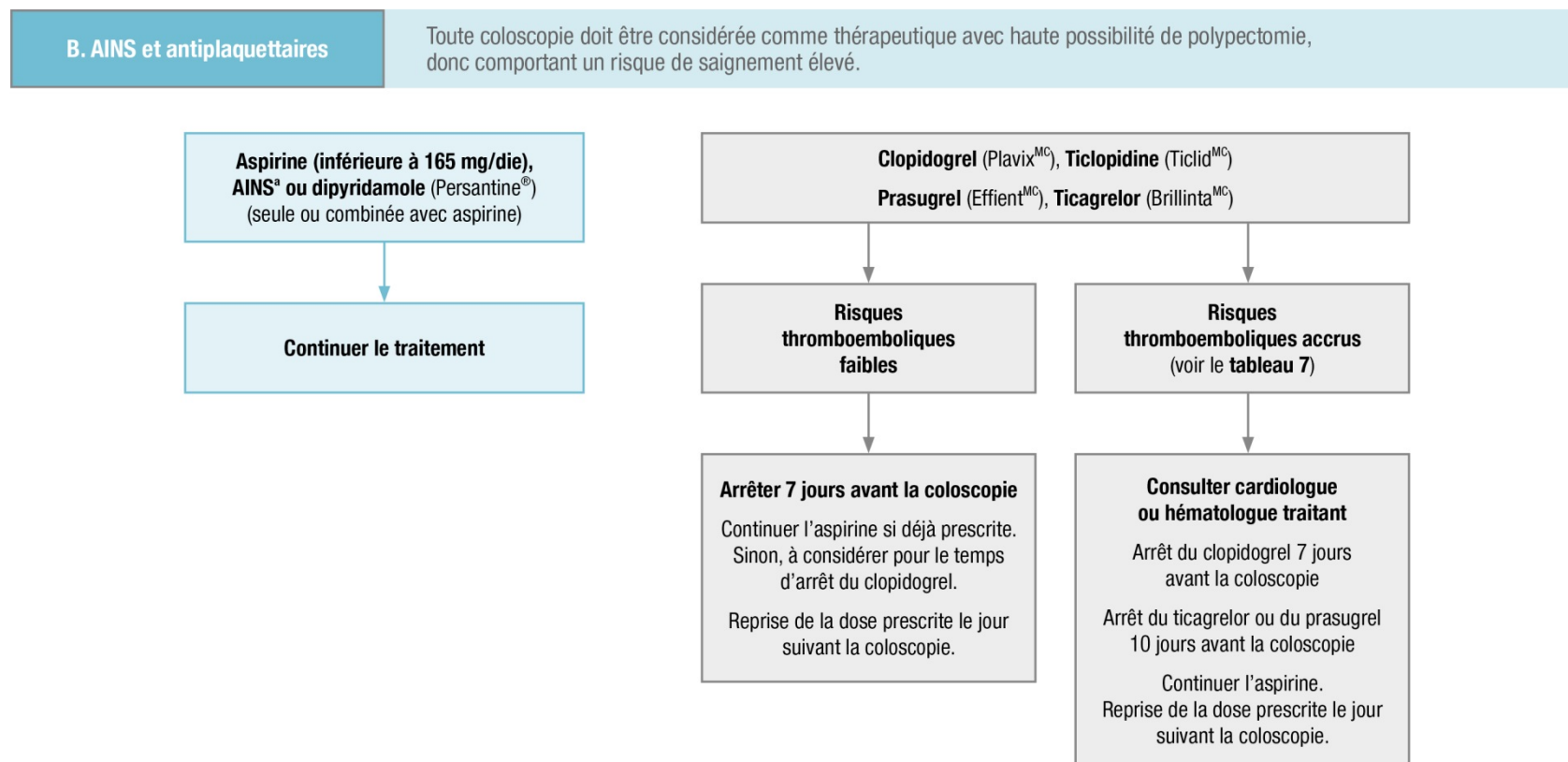
Certains ne recommandent pas la pleine dose, mais plutôt la moitié de la dose thérapeutique 1 jour avant la procédure à haut risque hémorragique.

^a Arrêter temporairement le dabigatran, le rivaroxaban et l'apixaban selon les tableaux 5 et 6. Ne pas recommander de thérapie de relais à cause de la courte demi-vie de la molécule.

^b Consignes pour guider la décision de procéder à un traitement :

- Dabigatran : PTT proche de la normale (ou jusqu'à +2 s limite supérieure de la N) ou temps de thrombine dilué (HemoclotTM) normal ou temps d'écarin normal.
- Rivaroxaban : PT (réactif néoplastine seulement) proche de la normale (ou jusqu'à +1 s limite supérieure de la N) OU mesure d'activité anti-Xa validé négatif.
- Apixaban : pas de consigne établie OU mesure d'activité anti-Xa validé négatif.

Figure 2 Algorithme de prise en charge des patients sous antiplaquettaires en vue d'une coloscopie



^a AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien.

1.9 Antibioprophylaxie

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
À la suite de certaines procédures endoscopiques, une bactériémie, qui est considérée comme un critère de substitution (<i>surrogate marker</i>) d'une endocardite infectieuse, peut survenir (Banerjee et autres, 2008). Toutefois, les infections cliniquement significatives sont très rares, et les preuves qui soutiennent l'administration d'antibioprophylaxie avant une procédure endoscopique avec un faible risque de bactériémie comme la coloscopie (avec ou sans polypectomie) ainsi que sa démonstration de protection contre les infections sont très limitées (Banerjee et autres, 2008; Allison et autres, 2009).
Seuil à atteindre et exigences
Aucune indication particulière concernant l'antibioprophylaxie avant une coloscopie (avec ou sans polypectomie) n'est recommandée (Banerjee et autres, 2008; Allison et autres, 2009).
Dans le cas des patients atteints d'une cirrhose et admis pour un saignement du tractus gastro-intestinal, une antibioprophylaxie doit être donnée lors de l'admission à l'hôpital (et non juste au moment de la coloscopie) (Banerjee et autres, 2008).
Cible/Indicateur
Aucune antibioprophylaxie n'est prescrite en raison d'une coloscopie.

1.10 Intubation jusqu'au cæcum

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
L'intubation jusqu'au cæcum est un indicateur de qualité et de performance reconnu et pertinent pour l'évaluation de la pratique de la coloscopie (Leddin et autres, 2004; Rex et autres, 2006). Il a été montré qu'un plus grand volume de coloscopies par coloscopiste était associé à une plus grande probabilité d'effectuer une coloscopie complète, donc d'atteindre le cæcum (Radaelli et autres, 2008).
Seuil à atteindre et exigences
La visualisation du cæcum avec l'identification de points de repère doit être documentée pour chaque procédure par photographie ou par enregistrement vidéo (Rex et autres, 2006; Romagnuolo et autres, 2008). L'orifice appendiculaire, la valvule iléo-cæcale et la confluence des ténias demeurent les points de repère les plus fiables, et deux de ces trois points de repère doivent être documentés (mais non par une biopsie) pour chaque procédure. Plus d'un point de repère peut être identifié dans la même photographie. Les coloscopistes doivent effectuer l'intubation jusqu'au cæcum dans : • ≥ 95 % des cas chez les adultes asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi ou ayant des antécédents familiaux significatifs) (Leddin et autres, 2004; Rex et autres, 2006; Romagnuolo et autres, 2008); • ≥ 90 % des cas chez tous les autres patients (symptomatiques) (Marshall et autres, 1993). Parmi les méthodes à utiliser pour minimiser les boucles lors de la coloscopie et optimiser les taux d'intubation cæcale, on recommande au coloscopiste de prolonger le temps nécessaire pour intuber le cæcum, d'aspirer le plus possible, d'utiliser des mouvements de rotation sur l'axe de l'endoscope pour appliquer de la torsion, d'avancer l'endoscope lentement, et de considérer le changement de position, car cette manœuvre est plus utile que d'appliquer une pression abdominale. Si la coloscopie est incomplète, l'événement doit être noté dans le dossier du patient ainsi que les raisons expliquant le choix d'un ou de plusieurs autres examens. Si une reprise de la coloscopie longue est prévue, elle devrait être effectuée dans les 60 jours suivant la coloscopie incomplète (idéalement dans les 30 jours). La nouvelle coloscopie peut être pratiquée ou non par le même coloscopiste que la précédente. Lorsqu'une coloscopie est incomplète en raison d'une préparation intestinale inadéquate, de la présence d'une colite sévère ou d'une lésion obstructive, ces cas ne sont pas comptabilisés dans le calcul du taux d'intubation jusqu'au cæcum, pas plus que les cas dont l'objectif initial de la coloscopie est d'ordre thérapeutique et pour laquelle une intubation jusqu'au cæcum a déjà été faite au préalable (Rex et autres, 2006). Si la coloscopie est incomplète, la raison de non-visualisation du cæcum doit être décrite.
Cibles/Indicateurs
La visualisation du cæcum avec l'identification de deux des trois points de repère (l'orifice appendiculaire, la valvule iléo-cæcale et la confluence des ténias) doit être démontrée par photographie ou par enregistrement vidéo pour toutes les procédures.

Lorsqu'une coloscopie est incomplète, l'atteinte du point le plus proximal du côlon doit être documentée par photographie ou par enregistrement vidéo.

Lorsqu'une coloscopie est incomplète, la raison de non-visualisation du cæcum doit être décrite. Les coloscopistes doivent effectuer l'intubation jusqu'au cæcum dans :

- ≥ 95 % des cas chez les adultes asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi);
- ≥ 90 % des cas chez tous les autres patients (symptomatiques).

1.11 Temps de retrait

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
Le temps de retrait comprend le temps nécessaire au retrait du coloscope, de l'intubation du cæcum au retrait de l'anus. Considéré comme un indicateur de qualité de la coloscopie, le temps de retrait doit être suffisamment long, car il est corrélé au taux de détection des adénomes (Hilsden, 2004; Barclay et autres, 2006; Barclay et autres, 2008) et des polypes (Sanchez et autres, 2004; Simmons et autres, 2006; Imperiale et autres, 2009; Overholt et autres, 2009). Toutefois, plusieurs facteurs peuvent faire varier le temps de retrait (ex. : la longueur de l'intestin, la qualité de la préparation intestinale et le degré de proéminence des haustrations) (Sanchez et autres, 2004). Plusieurs seuils minimaux pour le temps de retrait (six, sept ou huit minutes) ont été établis comme indicateurs de qualité. Toutefois, au-delà d'un seuil absolu, il est important de s'assurer que les coloscopistes prennent le temps de bien inspecter le côlon. Le temps de retrait doit être considéré comme un indicateur indirect (<i>proxy</i>) de la qualité de la coloscopie.
Seuil à atteindre et exigences
Le temps de retrait doit être inscrit dans le rapport de coloscopie pour chaque patient. Le temps de retrait devrait être d'au moins six minutes (Barclay et autres, 2006; Rex et autres, 2006; Overholt et autres, 2009). Le temps moyen de retrait est calculé seulement pour les coloscopies longues complètes (cæcum atteint), sans intervention. Les raisons justifiant un temps de retrait inférieur à six minutes doivent être décrites dans le rapport de coloscopie.
Cibles/Indicateurs
Le temps de retrait est noté pour 100 % des coloscopies. Le temps de retrait du coloscope est d'au moins six minutes pour 90 % des coloscopies complètes, sans intervention.

1.12 Résection de polypes (polypectomie)

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
Il a été montré que la résection de polypes et d'adénomes est associée à une diminution de 76 % à 90 % de l'incidence du cancer colorectal après une polypectomie, principalement pour les polypes situés dans le côlon gauche (Winawer et autres, 1993; Citarda et autres, 2001). Le bénéfice serait toutefois moins important pour les polypes situés dans le côlon droit (Baxter et autres, 2009; Kahi et autres, 2009). Il n'en demeure pas moins que les compétences des coloscopistes doivent comprendre les habiletés à effectuer les interventions appropriées lors de la procédure, autant en ce qui concerne le volet diagnostique (biopsie) que thérapeutique (ex. : polypectomie). La coloscopie est une procédure invasive qui comporte certains risques, notamment lorsqu'une polypectomie est effectuée. Les risques de complications (ex. : hémorragie et perforation) sont présents, même si leur prévalence est faible. Les interventions effectuées lors de la coloscopie, dont la biopsie et la résection de polypes, doivent être bien encadrées par des normes. De telles normes garantissent une coloscopie de qualité et réduisent les risques qui y sont associés.
Seuil à atteindre et exigences
Résection de polypes – points généraux Tous les polypes suspectés comme étant néoplasiques doivent être excisés, tout comme les polypes hyperplasiques dans le côlon proximal (particulièrement ceux de grande taille), les gros polypes hamartomateux (liés au syndrome de Peutz-Jeghers) et les polypes juvéniles (Lieberman et autres, 2007; Tolliver et autres, 2008). Toutefois, les petits polypes d'apparence hyperplasique dans le rectum (< 5 mm, pâles, sessiles, qui s'aplanissent parfois avec une insufflation d'air) peuvent ne pas être excisés lors de la coloscopie (Rex et autres, 2002). S'il y a un doute sur l'histopathologie basé sur l'apparence du polype, une exérèse peut être faite pour confirmer l'histologie des polypes non excisés (Rex et autres, 2002; Lieberman et autres, 2007). Si le coloscopiste ne se sent pas à l'aise d'exciser un polype tel qu'il se présente ou s'il considère qu'une excision chirurgicale est nécessaire, le patient doit être dirigé vers un autre coloscopiste expert ou en chirurgie (Riley, 2008). Dans ces cas, une biopsie pourrait être effectuée et la lésion doit être localisée préalablement par tatouage lors de la coloscopie pour faciliter sa localisation subséquente (Lieberman et autres, 2007). Lorsque les polypes qui devraient être excisés (à l'exception des polypes d'apparence hyperplasique dans le rectum) ne le sont pas ou le sont partiellement, il faut effectuer une biopsie pour en obtenir une confirmation histologique. Techniques de résection et étapes à suivre Selon le type, la taille et la localisation du polype, certaines techniques de résection doivent être privilégiées (voir le tableau 8).

La classification de Paris-Japon devrait éventuellement être utilisée pour la catégorisation et la définition des différents types de polypes (voir le tableau 9). Toutefois, pour l'instant, nous l'incluons dans le document à titre informatif seulement et nous retenons la classification présentée dans le tableau 8. Cependant, le coloscopiste doit toujours mentionner si le polype montre une dépression ou une ulcération.

Tous les polypes doivent être notés et décrits en fonction des éléments suivants : morphologie, taille, nombre, localisation, techniques de résection et instruments utilisés, exhaustivité de la résection et récupération des polypes. Les termes vagues pour caractériser les polypes, tels que « large » ou « petit », doivent être évités (Lieberman et autres, 2007). On peut se référer à la norme 1.14 (Rapport standardisé de coloscopie) ci-dessous pour plus de détails sur la documentation et la description des polypes.

La récupération des polypes doit être documentée. Tous les polypes doivent être récupérés et identifiés individuellement selon leur localisation dans le côlon (un seul polype retiré par pot et étiquetage de chaque pot de prélèvement).

Les polypes qui doivent être excisés, mais qui ne le sont pas ou qui le sont partiellement lors de la coloscopie (ex. : lésion maligne suspectée, gros polype sessile excisé par morceaux ou dont la résection est incomplète) doivent être identifiés par tatouage à l'aide d'un produit à base de particules de carbone (encre de Chine ou produit « SPOT »). Cette procédure vise à faciliter la localisation de la lésion lors de la coloscopie subséquente ou de la chirurgie (principalement lors d'une laparoscopie) (Lieberman et autres, 2007; Monkemuller et autres, 2009).

Les lésions suspectes à réséquer en chirurgie doivent être tatouées ainsi que les polypes (Rex et autres, 2006; Riley, 2008; Tolliver et autres, 2008; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010) :

- d'accès difficile ou de grande taille;
- partiellement excisés;
- impossibles à exciser lors de la coloscopie.

Les sites de polypectomie peuvent également être marqués par un tatouage, sauf ceux situés dans le cæcum ou le rectum, afin de faciliter le suivi endoscopique ou la localisation de la lésion lors d'une chirurgie subséquente (Lieberman et autres, 2007; Tolliver et autres, 2008).

Techniques de tatouage

Certaines techniques de tatouage sont reconnues et proposées (Ginsberg et autres, 2002; Riley, 2008; Tolliver et autres, 2008). La seringue injectant le produit du tatouage doit être insérée en angle oblique pour pénétrer uniquement dans la sous-muqueuse. Le tatouage devrait être fait à trois ou quatre endroits, de un à deux centimètres de distance. Il faut injecter des petits volumes du produit pour éviter une injection transmurale. L'ASGE précise que pour faire un tatouage durable de façon sécuritaire, il faut diluer l'encre de Chine avec une solution saline (1 : 100) et l'injecter en petits volumes de 0,2 à 0,5 ml, mais la dilution n'est pas nécessaire. L'injection d'une solution saline (1 ml) afin de surélever une petite bulle de la sous-muqueuse peut également être effectuée, car elle réduirait les risques de transpercer la paroi, mais n'est également pas obligatoire.

Cibles/Indicateurs
Détection de polypes La détection de chaque polype doit être notée dans le rapport de coloscopie. Plus de 95 % des polypes détectés et réséqués doivent être récupérés et envoyés en pathologie. Détection d'adénomes Il est important de saisir la détection d'adénomes en combinant les données extraites des rapports de coloscopie et de pathologie. D'autres cibles ou indicateurs liés au taux de détection d'adénomes pourront être élaborés.

Tableau 8 Techniques recommandées pour la résection de polypes selon le type et la taille

Type et taille	Petits (généralement < 1 cm)	Gros (généralement > 1 cm)
Polypoïde Pédiculé <i>Excroissance ou polypes avec une base étroite (pied, tige, pédoncule) et un lobe terminal plus large</i>	Pincés à biopsie <i>Avec cautérisation</i> : technique de moins en moins utilisée en raison de son efficacité limitée, car elle est associée à des polypectomies incomplètes, à la présence de tissus résiduels néoplasiques (risque accru avec augmentation de la taille du polype) et à un plus grand risque de perforation lorsqu'elle est effectuée dans le cæcum (Tolliver et autres, 2008; Monkemuller et autres, 2009). Son utilisation doit être limitée aux polypes ≤ 5 mm (Tolliver et autres, 2008; Monkemuller et autres, 2009). <i>Sans cautérisation</i> : technique appropriée pour les polypes de 1 à 3 mm (Tolliver et autres, 2008) (car dépourvue de risque de complications et pouvant être utilisée de façon sécuritaire pour les patients sous anticoagulothérapie avec de très petits polypes). Anses (snaring) Technique plus efficace que les pincés à biopsie pour exciser complètement les polypes. <i>Avec cautérisation</i> : technique légèrement plus efficace que celle sans cautérisation pour exciser complètement les polypes. Toutefois, un avantage indéniable de l'absence de cautérisation est l'élimination de complications qui y sont liées. Pour les polypes de < 1 cm, éloigner la lésion de la paroi et enlever l'air de la lumière peut aider à réduire les	Polypes avec un pédicule de 1 cm ou plus : - injecter dans le pédicule une solution à base d'épinéphrine diluée dans une solution saline ou une solution saline seulement (1 : 10 000-200 000) (Tolliver et autres, 2008); - utiliser des pincés (<i>clips</i>) ou boucles (<i>loops</i>) (Monkemuller et autres, 2009); considérer l'utilisation d'anses détachables. Pour les polypes pédiculés avec un lobe terminal très large, une injection d'épinéphrine diluée dans le lobe est recommandée (Monkemuller et autres, 2009). On devrait placer l'anse diathermique entre le tiers et la moitié de la distance entre la base de la tête du polype et la muqueuse intestinale afin de laisser, à la suite de la résection, une partie du pied, qui peut être atteint si un saignement immédiat survient (Tolliver et autres, 2008). S'il est impossible d'exciser un tel polype en bloc, faire l'extraction par morceaux. Les fragments doivent alors être envoyés séparément en pathologie (tête du polype ou portion du polype la plus près du pied ou de la muqueuse intestinale) (Tolliver et autres, 2008).

Type et taille	Petits (généralement < 1 cm)	Gros (généralement > 1 cm)
	complications thermales. <i>Sans cautérisation</i> : technique sécuritaire et efficace pour exciser les polypes jusqu'à 7 mm (Tolliver et autres, 2008). Cette technique est habituellement utilisée pour les polypes pédiculés de 4 à 5 mm (Tolliver et autres, 2008).	
Polypoïde Sessile <i>Excroissance ou polypes avec une base large (sans pédoncule)</i>	Pincés à biopsie (avec et sans cautérisation) Mêmes recommandations que pour les polypes de type pédiculé. Anses (<i>snaring</i>) <i>Sans cautérisation</i> : technique habituellement utilisée pour les polypes partiellement sessiles de 4 à 5 mm (Tolliver et autres, 2008). Résection endoscopique des muqueuses (EMR) On peut également exciser les polypes sessiles jusqu'à 7 mm par EMR (Riley, 2008).	La résection de ce type de polype dépend de sa taille et de sa localisation dans le côlon (plus difficile à exciser dans le sigmoïde du côlon que dans le rectum, le côlon transverse ou le côlon ascendant) (Tolliver et autres, 2008). Exciser les polypes sessiles de > 2 cm par morceaux avec une anse diathermique large, de préférence avec une injection d'épinéphrine diluée dans une solution saline et une coagulation au plasma Argon (APC) (Rex et autres, 2006; Tolliver et autres, 2008; Monkemuller et autres, 2009). On peut également exciser les polypes sessiles de grande taille par EMR, avec une injection d'épinéphrine diluée dans une solution saline (Riley, 2008).
Non polypoïde Plat <u>Lésions surélevées</u> <i>Excroissance avec une hauteur plus petite que la moitié du diamètre de la lésion</i>	Les pincés à biopsie sont plus faciles à placer sur les très petits polypes plats comparativement aux anses (Tolliver et autres, 2008). Anses (<i>snaring</i>) <i>Sans cautérisation</i> : cette technique est habituellement utilisée pour les polypes plats jusqu'à 7 à 10 mm de taille, avec occasionnellement une résection par morceaux (Tolliver et autres, 2008).	Lorsque le polype est situé au sommet d'un repli du côlon, est en forme de tapis (<i>carpet-shaped</i>) ou à invasion latérale et d'aspect vilieux, utiliser une injection d'épinéphrine diluée dans une solution saline et l'EMR (Monkemuller et autres, 2009).

Type et taille	Petits (généralement < 1 cm)	Gros (généralement > 1 cm)
<u>Lésions encavées</u> <i>Lésions avec une base enfoncée, plus basse que la muqueuse normale de la paroi intestinale</i>	Les polypes plats (surélevés et encavés) peuvent être excisés par EMR (Riley, 2008).	
Polypes « difficiles » (Monkemuller et autres, 2009) (ex. : très gros, atypiques, d'accès difficile)	Pour les très gros polypes (> 3 cm) Exciser par morceaux avec une injection d'épinéphrine diluée dans une solution saline et avec une coagulation au plasma Argon (APC) pour éliminer les tissus restants (Monkemuller et autres, 2009). Polypes multiples Exciser lors de l'insertion du coloscope si le polype est petit et lors du retrait pour les gros polypes. S'il y a plus de 10 polypes, exciser en plus d'une fois (≥ 1 coloscopie). Localisation du polype difficile à atteindre 1) Si le polype est situé dans le côlon droit ou dans le cæcum, ne pas utiliser les pinces à biopsie avec cautérisation et utiliser une injection d'épinéphrine diluée dans une solution saline pour les polypes ≥ 1 cm. Il est à noter que le risque de polypectomie pour des lésions supérieures à 2 cm sur le côté droit du côlon peut atteindre 10 %. 2) Si le polype est situé derrière un repli du côlon, injecter d'abord l'épinéphrine diluée dans une solution saline de façon distale. 3) Si la position endoscopique est difficile, replacer le coloscope pour être en position adéquate (position horaire à 5 h), faire une compression abdominale ou faire tenir le coloscope par un assistant.	

EMR : *Endoscopic mucosal resection*; APC : *argon plasma coagulation*.

Note : Il n'y a actuellement pas de standards dans le type de courant utilisé lors d'une polypectomie (Tolliver et autres, 2008).

Tableau 9 Comparaison des classifications des polypes (classification standard et classification de Paris (modifiée))

Morphologie du polype	Standard	Classification de Paris ^a
Pédiculé	Pédiculé	Polypoïde protubérant, pédiculé, type I
Sessile ^b	Sessile-TIL Plat-TIL	Polypoïde protubérant, sessile, type I Superficielle, lésion polypoïde Pédiculé (0-Ip) Sessile (0-Is) Mixte (0-Isp) Superficielle, lésion non polypoïde Élévation légère (0-IIa) Complètement plat (0-IIb) Dépression légère (0-IIc) Superficielle, types mixtes Élévation + dépression (0-IIa + IIc) Dépression + élévation (0-IIc + IIa) Sessile + dépression (0-Is + IIc)

TIL : tumeur à invasion latérale (LST : *laterally spreading tumor* ou *carpet-shaped polyp*); p : pédiculé; s : sessile; a : élévation (ou polype surélevé); b : plat; c : dépression (ou polype encavé).

^a Adaptation des travaux issus de deux ateliers de travail, à Kyoto (Kudo et autres, 2008) et à Paris (Participants in the Paris Workshop, 2003).

Note : La classification de Paris considère comme une lésion polypoïde protubérante une lésion qui s'élève à > 2,5 mm au-dessus de la sous-muqueuse, et une lésion non polypoïde superficielle, s'il y a une élévation ou une dépression < 2,5 mm. Une lésion de type 0 est définie comme superficielle, sessile, polypoïde, plate (encavée/dépression ou surélevée). Une lésion de type I est définie comme une lésion polypoïde protubérante.

^b Toujours mentionner si le polype montre une dépression ou une ulcération.

1.13 Événements cliniques significatifs liés à la coloscopie^z

Application/Responsabilité
Coloscopistes Infirmières Chefs d'unité d'endoscopie CMDP
Contexte/Objectif
La surveillance continue des événements cliniques significatifs (ECS) ou des complications doit faire partie intégrante de tout programme de dépistage et doit être effectuée avant, pendant et après la procédure en question, la coloscopie dans ce cas-ci (CPAC, 2009). Afin d'assurer une pratique de qualité, il faut consigner au rapport de coloscopie tout événement cliniquement significatif ou toute complication survenus avant ou pendant une procédure liée à la coloscopie. Les ECS sont des événements relativement rares. Les écarts par rapport aux cibles retenues peuvent ne pas être relevés par le coloscopiste, mais l'être par l'unité de coloscopie. L'ensemble des événements cliniques significatifs associés à la coloscopie doit donc être suivi dans chaque unité d'endoscopie et pour chaque coloscopiste. Étant donné qu'il est actuellement difficile d'établir la fréquence des événements cliniques significatifs au Québec, les seuils énoncés reposent sur les indicateurs de performance trouvés dans d'autres programmes de dépistage du cancer colorectal ou sur les consensus d'experts établis à partir des études observationnelles existantes (Rex et autres, 2002; Rex et autres, 2006; Romagnuolo et autres, 2008; Singh et autres, 2009).
Seuil à atteindre et exigences
Points généraux – définitions et documentation Tout événement indésirable pré, per ou postprocédure, jusqu'au congé de l'utilisateur, doit être décrit par le coloscopiste dans son rapport et par l'infirmière au dossier de l'utilisateur. Tous les événements cliniquement significatifs liés à la coloscopie ayant nécessité <u>une visite à l'urgence ou une admission à l'hôpital</u> jusqu'à 14 jours suivant l'intervention, tels que les perforations, les hémorragies, une sédation excessive, les infections, les complications cardiovasculaires, les réactions à la préparation colique et les décès, doivent être consignés (Singh et autres, 2009). Cela inclut également la documentation de : • tout acte ou toute intervention perprocédure non prévu; • toute consultation, tout acte ou toute intervention supplémentaires postprocédure non prévu (Cotton et autres, 2010; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010). Le suivi postcoloscopie de 14 jours est retenu, car la plupart des événements cliniquement significatifs surviennent durant cette période (Hui et autres, 2004)^{aa}.

^z Cette norme est encore en cours d'élaboration, notamment en ce qui a trait à la définition du mécanisme de documentation et de suivi des événements cliniques significatifs liés à la postcoloscopie.

^{aa} Des travaux sont en cours au niveau national pour déterminer le mécanisme permettant d'assurer la documentation et le suivi des événements cliniquement significatifs différés qui seraient survenus durant la période de 14 jours suivant la coloscopie. Dans l'attente que ce processus soit défini, il revient à l'établissement d'établir un processus pour en permettre le suivi et la documentation.

Pour chaque événement cliniquement significatif, un niveau d'association (relation de cause à effet) entre l'événement survenu et la coloscopie doit être établi, ainsi qu'un niveau de sévérité de l'événement. Les classifications retenues sont celles rapportées par l'ASGE et utilisées dans le programme de dépistage anglais (Cotton et autres, 2010; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010). Ces classifications ont l'avantage d'être simples d'application et internationalement reconnues. En cas de décès, les circonstances du décès et le niveau du lien de causalité avec la coloscopie doivent être précisés.

En résumé, tout événement clinique significatif qui a lieu avant, pendant ou après la coloscopie doit être consigné par rapport aux éléments suivants (voir la figure 3) :

- la nature de l'événement;
- le moment où est survenu l'événement (pré, per ou postcoloscopie);
- le degré de sévérité (mineur, intermédiaire, majeur, fatal);
- le niveau de causalité de l'événement avec l'acte coloscopique (certain, probable, possible, peu probable) pour les événements cliniques significatifs qui ont eu lieu après la procédure;
- le suivi effectué;
- l'issue à 14 jours.

Dans le cas où le coloscopiste est avisé d'un événement clinique significatif, il est de sa responsabilité de consigner et, le cas échéant, d'effectuer le suivi auprès du patient. Les tableaux 10, 11 et 12 précisent comment noter les informations concernant les événements cliniques significatifs.

L'infirmière doit, selon ses responsabilités professionnelles, consigner les événements cliniques significatifs liés à la coloscopie, de l'arrivée du patient à l'unité d'endoscopie à son départ de la salle de recouvrement. Elle doit consigner les données (objectives et subjectives) recueillies, les interventions effectuées, de même que les résultats qui en découlent dans ses notes d'observation. Elle est aussi responsable d'assurer la continuité des soins infirmiers, le cas échéant.

Selon les modalités définies par l'établissement, l'infirmière peut également assurer le suivi du patient durant la période de 14 jours suivant la coloscopie afin d'évaluer s'il présente des signes et des symptômes de complications à la suite de l'intervention. Dans ce contexte, le rôle et les responsabilités de l'infirmière doivent être clairement définis afin que sa pratique professionnelle soit bien encadrée. L'infirmière qui assume ce rôle et ces responsabilités doit être formée, et des outils d'évaluation doivent lui être fournis pour la soutenir dans sa pratique.

Suivi des événements cliniques significatifs

À partir des données tirées du rapport informatisé de coloscopie, du formulaire infirmier et d'un système d'information, un bilan des événements cliniques significatifs devra être produit annuellement sur la base des indicateurs suivants

Le taux de **perforation** doit être :

- < 1/1000 pour toutes les coloscopies (Rex et autres, 2002; Levin et autres, 2006; CPAC, 2009; Collège des médecins du Québec, 2010);
- < 1/5000 pour les coloscopies effectuées chez les patients asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi) (Rex et autres, 2002; Levin et autres, 2006; CPAC, 2009; Ko et autres, 2010; Collège des médecins du Québec, 2010);
- < 1/500 pour les coloscopies avec polypectomie effectuées chez les patients asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi) (NHS Bowel

Cancer Screening Programme., 2007).

Le taux d'**hémorragie** suivant une polypectomie doit être (voir le tableau 10) :

- < 1/100 (Rex et autres, 2002; Rex et autres, 2006; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2007; Romagnuolo et autres, 2008; National bowel cancer screening program quality working group., 2009);
- mais peut atteindre jusqu'à 10 % pour les polypes de plus de 2 cm, particulièrement pour ceux situés dans le côlon proximal (Rex et autres, 2006; Romagnuolo et autres, 2008).

Le taux de complications liées à la **sédation** doit être :

- $\leq 1/100$ pour les complications mineures liées à l'utilisation de sédation, c'est-à-dire ;
 - l'utilisation d'antagonistes,
 - la dépression cardiorespiratoire ou l'obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée,
 - l'hypotension requérant une intervention (Rex et autres, 2002; National bowel cancer screening program quality working group., 2009);
- < 1/300 pour les complications sérieuses, c'est-à-dire ;
 - les complications cardiovasculaires liées à l'utilisation de la sédation nécessitant, par exemple, la ventilation ou l'intubation du patient (Rex et autres, 2002);
- $\leq 1/1000$ pour les arythmies cardiaques nécessitant une intervention (National bowel cancer screening program quality working group., 2009);
- $\leq 1/1000$ pour les cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques (National bowel cancer screening program quality working group., 2009).

Les **infections** attribuables à la contamination d'instruments mal stérilisés ou à une contamination bactérienne sanguine à la suite de la procédure doivent être consignées (CPAC, 2009).

Les **complications cardiovasculaires** doivent être consignées (ex. : choc ou malaise vagal, bradycardie).

Toute réaction significative objectivable liée à la **prise de la préparation colique** doit être consignée (ex. : déséquilibre des électrolytes).

Aucun **décès** ne devrait être causé par une coloscopie; néanmoins, tout décès attribuable à la coloscopie doit être consigné.

Mécanismes d'assurance qualité

Le chef de l'unité d'endoscopie, de même que le CMDP de l'établissement, devra être informé du suivi des événements cliniquement significatifs qui sont survenus dans son unité.

Afin de faire le suivi de ces événements, un comité de « mortalité/morbidité » doit être mis sur pied dans les établissements, ce qui est déjà le cas dans certains centres hospitaliers. Les coloscopistes ainsi que les autres spécialistes concernés (au besoin) se rencontrent au moins tous les six mois pour réviser les cas de patients ayant vécu un événement cliniquement significatif nécessitant une admission à l'hôpital ou une visite à l'urgence. Ce comité peut se réunir plus fréquemment si des situations deviennent inquiétantes. Ce comité envoie pour approbation au comité d'évaluation de l'acte du CMDP le rapport décrivant ses conclusions et ses recommandations pour limiter le risque d'ECS.

Des travaux sont actuellement en cours pour définir le mécanisme par lequel les unités d'endoscopie et les CMDP disposeront des outils et des informations nécessaires pour agir efficacement en cas d'écart par rapport aux normes.

Une attention particulière doit être portée à chaque **décès** attribuable à la coloscopie et à chaque cas de **cancer d'intervalle**. Le suivi de ces événements devra être fait à l'échelle provinciale par un comité central en assurance qualité désigné par la DGC, dont la composition et le mandat restent à définir. Un audit pourra être demandé par ce comité central à chaque unité d'endoscopie présentant un écart important quant au nombre de décès et au taux de cancers d'intervalle.

Le comité central devra par la suite s'assurer que des actions sont prises pour pallier les écarts, le cas échéant (ex. : activité de révision de cas dans le centre suprarégional en cancer du système digestif bas auquel l'unité d'endoscopie concernée est affiliée).

Cibles/Indicateurs

Coloscopistes

Le taux de **perforation** doit être :

- < 1/1000 pour toutes les coloscopies;
- < 1/2000 pour les coloscopies effectuées chez les patients asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi);
- < 1/500 pour les coloscopies avec polypectomie effectuées chez les patients asymptomatiques (y compris les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOSi).

Le taux d'**hémorragie** suivant une polypectomie doit être :

- < 1/100;
- mais peut atteindre jusqu'à 10 % pour les polypes de plus de 2 cm, particulièrement pour ceux situés dans le côlon proximal.

Le taux de complications liées à la **sédation** doit être :

- ≤ 1/100 pour les complications mineures liées à l'utilisation de sédation, c'est-à-dire ;
 - l'utilisation d'antagonistes,
 - la dépression cardiorespiratoire ou l'obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée,
 - l'hypotension requérant une intervention;
- < 1/300 pour les complications sérieuses, c'est-à-dire ;
 - les complications cardiovasculaires liées à l'utilisation de la sédation nécessitant, par exemple, la ventilation ou l'intubation du patient;
- ≤ 1/1000 pour les arythmies cardiaques nécessitant une intervention;
- ≤ 1/1000 pour les cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques.

Aucun **décès** attribuable à la coloscopie.

Coloscopistes et infirmières

Tout événement indésirable pré, per ou postprocédure, jusqu'au congé de l'usager, est détaillé par le coloscopiste dans son rapport d'examen et par l'infirmière au dossier de l'usager.

Unité d'endoscopie digestive et CMDP

Un comité « mortalité/morbidité » est mis en place dans l'établissement et permet d'assurer le suivi des événements cliniquement significatifs survenus dans l'unité^{bb}.

D'autres cibles ou indicateurs pourront être élaborés pour le suivi des événements cliniques significatifs.

^{bb} Des travaux sont actuellement en cours pour définir le mécanisme par lequel les unités d'endoscopie et les CMDP disposeront des outils et des informations nécessaires pour agir efficacement en cas d'écart par rapport aux normes.

Figure 3 Algorithme de suivi et de consignation des événements cliniques significatifs liés à la coloscopie

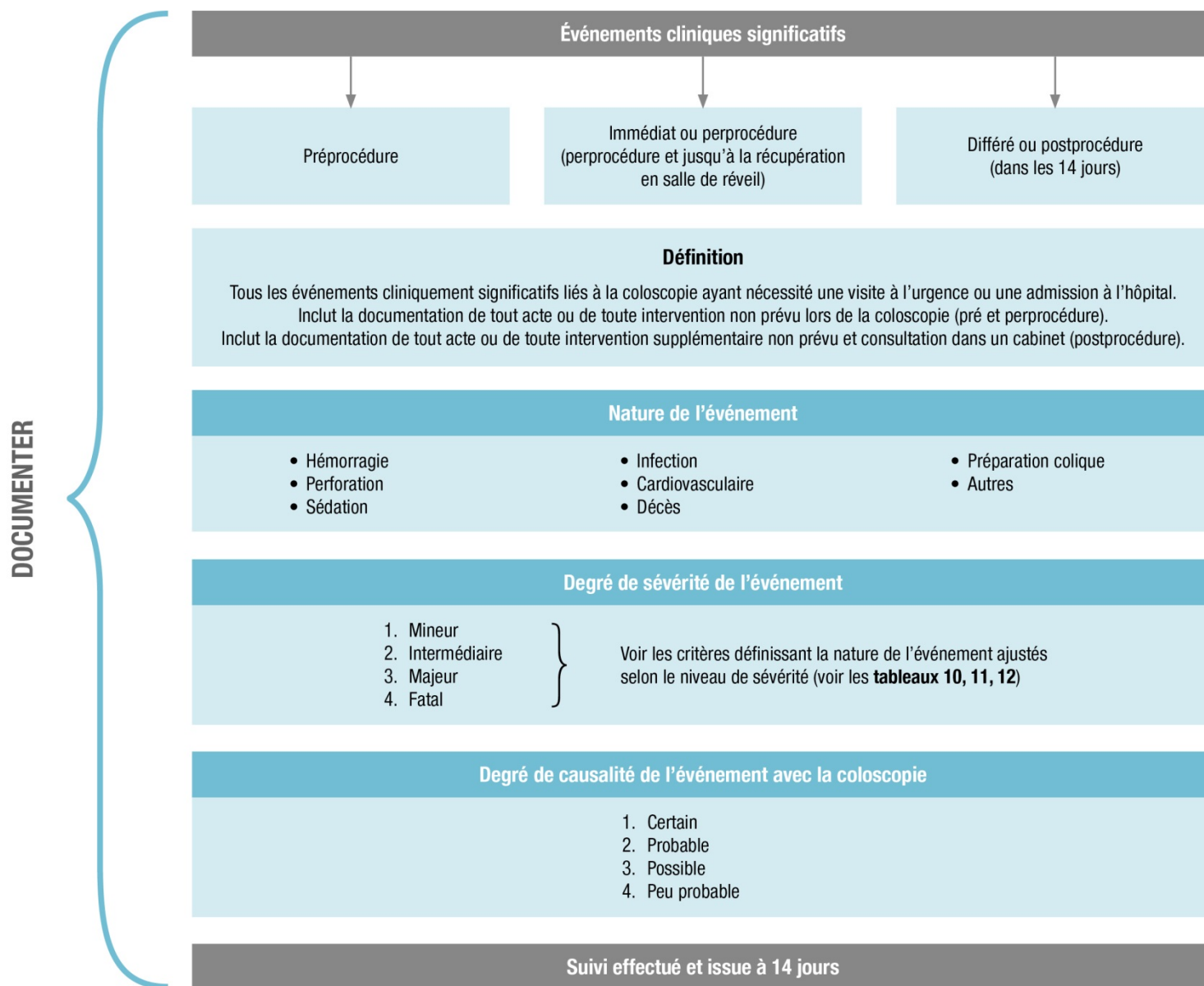


Tableau 10 Colliger les informations concernant un saignement ou une hémorragie

Saignement rectal jusqu'à 14 jours après la coloscopie.

Critères	Sévérité	Actions
- Procédure interrompue - Consultation postprocédure non planifiée - Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de 3 jours ou plus^a	Mineur	- Noter au rapport comme un événement clinique significatif - Noter le moment où est survenu l'événement si c'est après la coloscopie - Noter le site du saignement dans le côlon - Noter la cause du saignement, l'équipement utilisé, etc. - Noter la perte d'Hb - Noter le nombre d'unités transfusées - Noter les interventions et les chirurgies - Noter la durée du séjour
- Perte d'Hb ≥ 2 g/dL - Transfusion - Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de 4 à 10 jours - Admission aux soins intensifs pour 1 jour - Intervention endoscopique ou radiologique nécessaire	Intermédiaire	Actions ci-dessus et les suivantes : - Rapporter l'événement au comité Morbidité/Mortalité - Faire l'analyse des causes profondes (<i>root cause analysis</i>), si indiqué
- Chirurgie - Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de 10 jours ou plus - Admission aux soins intensifs > 1 jour	Majeur	Actions ci-dessus
Décès	Fatal	Actions ci-dessus et les suivantes : Noter le moment et la cause du décès

Hb : hémoglobine.

^a Le groupe de travail considère que toute hospitalisation équivaut à un événement cliniquement significatif et qu'une hospitalisation de trois jours ou plus peut être considérée comme un événement de sévérité intermédiaire ou majeure. Toutefois, le critère est conservé aux fins de comparaison ultérieure.

Sources : (Cotton et autres, 2010; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010)

Tableau 11 Colliger les informations concernant une perforation

Toute perforation survenant jusqu'à 14 jours après la coloscopie devrait être notée.

Une perforation est définie comme la présence d'air, de contenu luminal ou d'instruments à l'extérieur du tractus gastro-intestinal.

Critères	Sévérité	Actions
Événement géré : • sans endoscopie ou chirurgie • par endoscopie • par chirurgie	Majeur	• Noter au rapport comme un événement clinique significatif • Noter le moment où est survenu l'événement si c'est après la coloscopie • Noter le site de perforation dans le côlon • Noter la cause de la perforation, l'équipement utilisé, etc. • Noter les interventions et les chirurgies • Noter la durée du séjour • Rapporter l'événement au comité Morbidité/Mortalité • Faire l'analyse des causes profondes (<i>root cause analysis</i>), si indiqué
• Décès	Fatal	Actions ci-dessus et les suivantes : • Noter le moment et la cause du décès

Sources : (Cotton et autres, 2010; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010)

Tableau 12 Colliger les informations concernant tout autre événement clinique significatif (ECS)

Plusieurs autres événements cliniques non planifiés peuvent survenir à la suite d'une coloscopie et doivent être rapportés.

La catégorisation de la sévérité des ECS est donnée ci-dessous (exception faite des hémorragies et des perforations, chacune étant présentée dans un tableau distinct).

Chaque événement devrait être rapporté, même s'il est estimé que la procédure n'est pas en cause (voir « Attribution de l'événement »).

Exclure les admissions pour des raisons psychosociales.

Critères	Sévérité	Actions
- Procédure interrompue (ou non commencée) en raison d'un ECS - Consultation après la coloscopie non planifiée - Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de 3 jours ou plus^a - Utilisation d'antagonistes à la sédation - Hypoxie (saturation O₂ < 85 %) - Hypotension (< 90/50 mm Hg)	Mineur	- Noter au rapport comme un ECS - Noter si pré, per ou postcoloscopie. Si c'est après la coloscopie, noter le moment où l'événement est survenu - Noter les détails de l'ECS - Noter toutes les interventions requises - Noter la durée d'hospitalisation Attribution de l'événement Après l'analyse des causes profondes de l'événement (<i>root cause analysis</i>), noter l'attribution des ECS : - certain; - probable; - possible; - peu probable.
- Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de 4 à 10 jours - Admission aux soins intensifs pour 1 jour - Intervention endoscopique ou radiologique nécessaire - Intervention nécessaire pour des blessures à d'autres tissus, y compris la peau - Ventilation mécanique non planifiée lors de la sédation	Intermédiaire	Actions ci-dessus et les suivantes : - Rapporter l'événement au comité Morbidité/Mortalité - Analyser les causes profondes de l'événement (<i>root cause analysis</i>), si indiqué
- Chirurgie nécessaire pour l'ECS ou d'autres séquelles - Incapacité permanente - Admission à l'hôpital non planifiée ou hospitalisation de plus de 10 jours - Admission aux soins intensifs > 1 jour	Majeur	Actions ci-dessus
Décès	Fatal	Actions ci-dessus et la suivante : Noter le moment et la cause du décès

^a Le groupe de travail considère que toute hospitalisation équivaut à un événement cliniquement significatif et qu'une hospitalisation de trois jours ou plus n'est pas un événement mineur. Toutefois, le critère est conservé aux fins de comparaison ultérieure.

Sources : (Cotton et autres, 2010; Programme, 2010)

1.14 Rapport standardisé de coloscopie

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
Avec l'augmentation de l'utilisation de la coloscopie au Québec (Miller et autres, 2008), il est essentiel de s'assurer que les procédures sont effectuées de manière efficace et sécuritaire pour les patients. Afin de suivre l'évolution de la pratique selon les recommandations et les normes de qualité établies, on doit mettre en place un programme d'assurance qualité. La mesure efficace de la qualité de l'acte suppose l'utilisation de rapports standardisés et synoptiques de coloscopie et d'un système d'information qui assure une collecte de données structurées et fiables. La standardisation des rapports facilite entre autres la communication des résultats entre les divers professionnels de la santé et les patients (Lieberman et autres, 2007; Lieberman et autres, 2009; Palmer et autres, 2010). Pour répondre à ces exigences, les unités d'endoscopie digestive utiliseront un rapport standardisé de coloscopie en format électronique. Toutefois, l'utilisation d'un tel rapport ne garantit pas la saisie de toutes les informations requises (Lieberman et autres, 2009; Palmer et autres, 2010).
Seuil à atteindre et exigences
Le rapport devra être effectué dans un document électronique. Tous les éléments devant être notés dans le rapport de coloscopie sont décrits dans la présente fiche. Plusieurs informations seront colligées par le médecin dans le rapport de coloscopie, mais des éléments complémentaires pourraient aussi être notés dans d'autres sources d'information. C'est notamment le cas du formulaire d'évaluation et de surveillance clinique de l'infirmière (voir l'annexe II) et du formulaire de demande de coloscopie longue AH-702 (voir l'annexe III). Les éléments cliniques pertinents qui devront être notés dans le rapport standardisé de coloscopie s'appliquent à toutes les coloscopies qui seront effectuées (indépendamment de la provenance du patient et du niveau de priorité associé à la demande). Toutefois, les éléments détaillés ici concernent les indicateurs de qualité et de performance du dépistage du cancer colorectal. Étant donné que des échantillons sont prélevés lors de la coloscopie et envoyés pour analyse en pathologie, le rapport de pathologie devra ultimement être disponible en format électronique et attaché au rapport de coloscopie. De cette façon, les pathologistes, les coloscopistes et les médecins traitants pourront accéder aux informations pertinentes des deux rapports au besoin. Toutefois, d'ici la mise en place de rapports synoptiques standards de pathologie, il est nécessaire d'assurer l'accès aux données d'histopathologie et le retour de ces informations au coloscopiste (voir la section 1.16). Chaque coloscopie doit être décrite dans un rapport détaillé comprenant au minimum les informations suivantes (Lieberman et autres, 2007; Lieberman et autres, 2009; Palmer et autres, 2010). Données sociodémographiques du patient : • Identification du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, numéro d'assurance maladie, adresse, numéro de téléphone, numéro de dossier de l'installation ou de l'établissement). Pour réduire le risque d'erreurs de saisie, ces informations devraient être tirées du système de gestion des rendez-vous ou de l'index patients local de l'installation (ou d'un index patients organisationnel de l'établissement). Données concernant l'unité d'endoscopie et les intervenants : • Identification de l'unité d'endoscopie (installation) ; • Identification des intervenants (ex. : coloscopiste, résidents, assistants, infirmières, inhalothérapeutes).

Données concernant la procédure ou l'examen :

- Date de la procédure ou de l'examen ;
- Nom ou code de la procédure ou de l'examen.

Informations à consigner avant la coloscopie :

- Obtention du consentement éclairé ;
- Catégorisation du score ASA ;
- Préparation colique ;
 - Produit (PEG, PSMC-laxatifs salins, autres à préciser),
 - Méthode d'administration (veille, jour même, dose fractionnée);
- Indications pour la coloscopie, telles qu'évaluées par le coloscopiste (sélection multiple possible) ;
 - Hémorragie digestive basse,
 - Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique,
 - Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSi+),
 - Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active,
 - Rectorragie,
 - Anémie ferriprive documentée non expliquée,
 - Modification récente des habitudes intestinales,
 - Polypes détectés par imagerie médicale,
 - Suspicion de cancer colorectal occulte,
 - Préparation colique inadéquate,
 - Suivi de diverticulite en phase post aiguë,
 - Constipation chronique,
 - Diarrhée chronique,
 - Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes (un parent de 1er degré diagnostiqué avant l'âge de 60 ans; deux parents de 1er degré diagnostiqués, peu importe l'âge; ou un parent de 1er degré et un parent de 2e degré (même côté de la famille), diagnostiqués, peu importe l'âge),
 - Risque moyen de cancer colorectal (test de RSOSi recommandé comme test de première intention),
 - Surveillance : antécédents personnels de cancer colorectal, polypes ou antécédents familiaux significatifs;
- Date de la dernière coloscopie (s'il y a lieu) ;
- Sédation-analgésie : type de médication et dose utilisée.

Informations à consigner sur le déroulement de la coloscopie :

- Date et heure de la procédure ;
- Endoscope utilisé (numéro de modèle et numéro de série), pour assurer la traçabilité des endoscopes ;
- Qualité de la préparation intestinale (l'utilisation de l'échelle de Boston est recommandée) ;
 - Adéquat : score total ≥ 6 et un score partiel ≥ 2 pour chaque segment,
 - Score total de Boston;
- Fin de l'intubation (documentation de l'atteinte du cæcum) ;
 - Si le cæcum (ou l'iléon terminal) a été atteint;

- Préciser les points de repère observés pour justifier l'atteinte du cæcum : orifice appendiculaire, valvule iléo-cæcale ou confluence des ténias,
- Effectuer une photo-documentation de l'intubation du cæcum avec identification de 2 points de repère (orifice appendiculaire, valvule iléo-cæcale, confluence des ténias);
- Si le cæcum n'est pas atteint;
 - Indiquer les raisons le justifiant (ex. : préparation colique inadéquate, anastomose, lésion obstructive, colite sévère, coloscopie d'ordre thérapeutique),
 - Préciser l'atteinte du point le plus proximal;
- Temps clés de la procédure ;
 - Temps d'intubation cæcale (délai entre l'introduction de l'endoscope et la fin de l'intubation),
 - Temps de retrait (délai entre la fin de l'intubation et le retrait du coloscope par l'anus),
 - Durée totale de la procédure (temps d'intubation cæcale + temps de retrait),
 - Indication des raisons justifiant un temps de retrait inférieur à la norme établie (6 minutes) pour les coloscopies complètes sans intervention (présence d'aucune lésion nécessitant une intervention thérapeutique);
- Consignation des résultats obtenus pour chaque observation ;
 - Pour chaque polype observé;
 - Localisation (cæcum, côlon ascendant, angle hépatique, côlon transverse, angle splénique, côlon descendant, sigmoïde du côlon, rectum, valvule iléo-cæcale, anastomose, etc.),
 - Morphologie (voir les tableaux 8 et 9), taille approximative en mm (≤ 5 mm, 5-10 mm, 10-20 mm, ≥ 20 mm). Il est à noter que la description du polype (taille, morphologie et localisation) signifie que le polype a été observé,
 - Polype réséqué ou biopsié,
 - si réséqué : complètement ou partiellement,
 - si réséqué : en bloc ou par fragments,
 - si pédiculé : enlevé ou non,
 - Méthode pour exciser le polype ou pour procéder à la biopsie : pince à biopsie avec ou sans cautérisation, anse (snaring) avec ou sans cautérisation, anse diathermique avec ou sans cautérisation,
 - Tatouage (indiquer la localisation), s'il y a lieu,
 - Prélèvement(s) récupéré(s) ou perdu(s),
 - Prélèvement(s) envoyé(s) en pathologie (O/N),
 - Informations additionnelles sur l'aspect du polype : le coloscopiste peut ajouter un commentaire à sa convenance pour toute précision jugée pertinente sur le polype observé, y compris si le polype est d'apparence atypique;
 - Pour les tumeurs d'apparence maligne;
 - Suspicion de néoplasie maligne (O/N),
 - Localisation (cæcum, côlon ascendant, angle hépatique, côlon transverse, angle splénique, côlon descendant, sigmoïde, rectum, valvule iléo-cæcale, anastomose, etc.),
 - Obstruction de la lumière (en pourcentage approximatif : 25 %, 50 %, 75 % ou obstruction complète),
 - Saignement (O/N),
 - Biopsie (O/N),
 - Prélèvement(s) récupéré(s) ou perdu(s),
 - Prélèvement(s) envoyé(s) en pathologie (O/N) ,
 - Commentaire : le coloscopiste peut ajouter un commentaire à sa convenance pour toute précision jugée pertinente sur la tumeur observée;

- Noter si aucun polype ni aucune tumeur (avec ou sans présence d'autres observations ou anomalies);
- Autres observations ou anormalités suspectées : diverticulose, hémorroïdes, maladie inflammatoire de l'intestin ou autres. (Dans de tels cas, la présence ou l'absence d'un terrain inflammatoire doit être précisée. De plus, les coloscopistes sont invités à mener une discussion plus approfondie sur le sujet à même leur pratique quotidienne puisque cela dépasse le propos du présent document) Le coloscopiste est libre de décrire ces observations;
- Description des événements cliniques significatifs pré et percoloscopie (voir la section 1.12, les tableaux 10, 11 et 12 ainsi que la figure 3).

Autres informations à consigner à la suite de la coloscopie :

- Recommandations et suivi (en conformité avec les algorithmes de surveillance selon le risque et la condition de santé) ;
- Consignes pour la reprise de la thérapie antithrombotique ;
- Conclusion ;
- Signature du coloscopiste ;
- Transmission des résultats au patient et au médecin de famille ou au médecin traitant.

Cibles/Indicateurs

95 % des coloscopies sont détaillées à l'aide du rapport de coloscopie informatisé.

95% des rapports de coloscopie respectent les normes relatives à la production d'un tel rapport (norme 1.13 du présent document).

1.15 Prise en charge et surveillance en fonction du risque et suivi clinique selon la condition

Application/Responsabilité
Coloscopistes Omnipraticiens
Contexte/Objectif
Les personnes dont le test de RSOSi est positif, les personnes symptomatiques ou celles présentant un risque accru de cancer colorectal en raison d'une histoire personnelle ou familiale doivent avoir un accès prioritaire à la coloscopie. En appliquant les recommandations de prise en charge et de surveillance présentées dans ce document, les médecins traitants et les coloscopistes s'assurent d'offrir à leurs patients le meilleur suivi possible sans surutiliser les ressources du réseau de la santé.
Seuil à atteindre et exigences
Comme décrit à la section 1.3 du présent document (Gestion des requêtes), le respect de la priorisation de l'accès à la coloscopie en fonction du niveau d'urgence (condition clinique) et des délais maximaux médicalement acceptables représente un des grands enjeux du rehaussement des services de coloscopie. Le MSSS croit que l'atteinte de cet objectif, pour toutes les unités de coloscopie du Québec, se fera entre autres par l'adoption de pratiques médicales de prise en charge et de surveillance adéquates. Les recommandations adoptées par le groupe de travail et publiées dans le présent document doivent servir de référence pour tous les omnipraticiens et les coloscopistes. Le respect de ces recommandations contribuera à réduire les listes d'attente et à garantir l'accès à la coloscopie pour toutes les personnes qui le requièrent. Dans les pages suivantes, les figures 4 à 8 présentent les algorithmes de prise en charge qui ont été précisés en fonction du risque et du suivi clinique selon la condition personnelle de santé : • Figure 4. Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal; • Figure 5. Schéma récapitulatif du suivi recommandé à la suite d'un test de RSOSi; • Figure 6. Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque légèrement ou modérément accru de CCR; • Figure 7. Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes; • Figure 8. Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de CCR. Un algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque très accru de cancer colorectal devra être élaboré. En attendant qu'il soit disponible, le tableau 13 présente les critères diagnostiques cliniques du syndrome de Lynch en rapport avec l'algorithme de la figure 7. Voici les définitions retenues pour les termes utilisés dans les figures 4 et 5 en ce qui concerne un test de RSOSi positif, une coloscopie négative et le suivi approprié lorsqu'une coloscopie est effectuée à la suite d'un test de RSOSi positif. Un résultat positif au test de RSOSi équivaut à un test où la concentration en hémoglobine humaine dépasse le seuil préalablement fixé. Aucune définition n'a été trouvée dans la littérature pour définir la coloscopie négative dans un contexte de dépistage. La définition retenue dans le présent document s'appuie donc sur celles des programmes ou des projets pilotes de la Colombie-Britannique, de l'Australie et du Royaume-Uni. Une coloscopie normale ou négative se définit comme une coloscopie répondant aux trois critères suivants :

- la préparation colique du patient est excellente ou bonne;
- les actes thérapeutiques appropriés, si l'état du patient les requérait, ont pu être effectués dans le respect des normes (ex. : polypectomie ou biopsie);
- aucun adénome ou cancer n'est diagnostiqué à la suite d'une polypectomie ou d'une biopsie (ce qui inclut le diagnostic de polypes hyperplasiques, de diverticulose et d'hémorroïdes, mais exclut le diagnostic d'adénomes festonnés).

Toutefois, certaines exceptions peuvent justifier une coloscopie effectuée dans un intervalle plus rapproché (dans les six mois suivant la première coloscopie). Seules les raisons suivantes sont acceptées et doivent être détaillées au dossier (NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2007; NHS Bowel Cancer Screening Programme., 2010) :

- résection incomplète d'un polype;
- présence de polypes multiples non excisés complètement;
- biopsie requise;
- symptômes inexpliqués;
- intervention thérapeutique subséquente requise (ex. : détection d'un cancer ou d'une dysplasie de haut grade);
- coloscopie incomplète (impossibilité d'atteindre le cæcum ou préparation colique inadéquate).

À ce jour, aucune donnée scientifique n'établit clairement le suivi le plus approprié lorsqu'une **coloscopie négative suit un test positif de RSOSi**. Parmi les programmes ou projets pilotes pour lesquels l'information est disponible, certains prévoient une reprise du dépistage par RSOSi après deux ans (Royaume-Uni, Colombie-Britannique) ou cinq ans (Australie, France, Manitoba), tandis que d'autres ne recommandent aucun test pour une période de dix ans (Alberta). Sur la base de ces informations, le groupe de travail a adopté la modalité suivante : passation d'un test de RSOSi dans les dix ans suivant une coloscopie négative chez des patients présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal. Toutefois, cette modalité doit être revue périodiquement en fonction des nouvelles preuves scientifiques disponibles.

Cibles/Indicateurs

Les modalités de prise en charge du patient en fonction de son risque et sa condition doivent être consignées.

La raison de tout écart par rapport aux algorithmes recommandés de prise en charge, de suivi clinique et de surveillance doit être consignée au dossier du patient par le coloscopiste.

Tableau 13 Critères cliniques pour l'identification du syndrome de Lynch : critères d'Amsterdam II et critères de Bethesda

Amsterdam II
Au moins trois parents ont reçu un diagnostic de cancer relié au syndrome de Lynch (CCR et cancer de l'endomètre, petit intestin, uretère ou pelvis rénal) en plus de tous les critères suivants : • Un des parents atteints a un lien de premier degré avec les deux autres. • Deux générations successives ou plus sont atteintes. • Au moins un des parents atteints a reçu un diagnostic de CCR avant l'âge de 50 ans. • Un syndrome FAP a été exclu pour tous les cas de CCR. • Les tumeurs ont été vérifiées par examen anatomopathologique.
Bethesda
(Pour l'identification des patients atteints d'un CCR qui devraient faire l'objet d'un test d'instabilité des microsatellites (MSI) ou d'une analyse par immunohistochimie pour des protéines de réparation des mésappariements.) B1 – L'individu a un CCR diagnostiqué avant l'âge de 50 ans. B2 – Indépendamment de l'âge, l'individu a un CCR synchrone et métachrone, ou d'autres tumeurs associées à un cancer héréditaire du côlon sans polypose (Syndrome HNPCC)^a. B3 – L'individu a un CCR avec histologie^b MSI^c diagnostiqué avant l'âge de 60 ans^d. B4 – L'individu a un ou plusieurs parents de premier degré qui ont été diagnostiqués d'un CCR avec des tumeurs associées à un cancer héréditaire du côlon sans polypose (CHCSP ou HNPCC) et un des cancers est diagnostiqué avant l'âge de 50 ans. B5 – L'individu a un ou deux parents de premier ou de deuxième degré qui ont été diagnostiqués d'un CCR avec des tumeurs associées à un cancer héréditaire du côlon sans polypose (CHCSP ou HNPCC), indépendamment de leur âge.

Source : Adapté de Winawer et autres (Winawer et autres, 2003), et d'Umar et autres (Umar et autres, 2004).

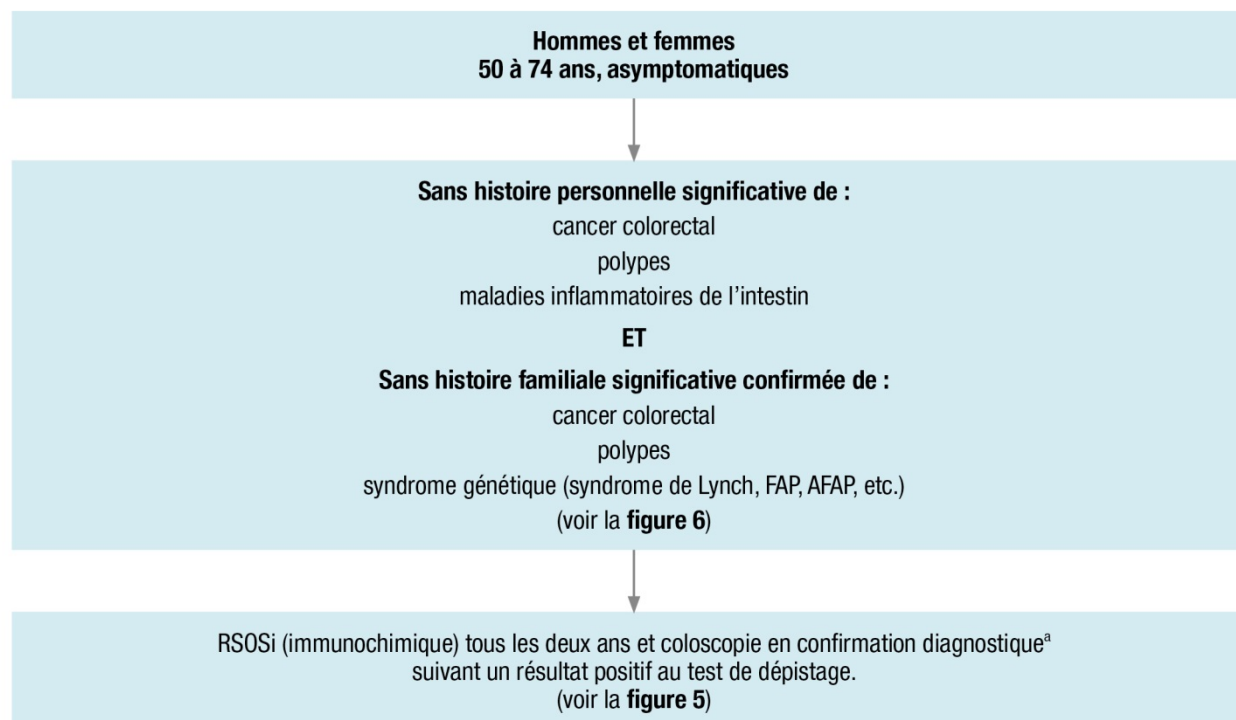
^a D'autres tumeurs associées à un cancer héréditaire du côlon sans polypose (Syndrome HNPCC) incluent : côlon, endomètre, ovaire, estomac, pancréas, urètre et pelvis rénal, hépatobiliaire, et tumeurs au cerveau (habituellement un glioblastome, tel que noté dans le syndrome de Turcot), adénomes des glandes sébacées et kérato-acanthomes dans le syndrome de Muir-Torre, et carcinome du petit intestin (48).

^b Présence de tumeurs avec faible degré de différenciation, architecture de type « médullaire/cribiforme », infiltration lymphocytaire dense du stroma tumoral.

^c MSI-H = haute instabilité des microsatellites dans les tumeurs, réfère à des changements dans 2 ou plus des 5 marqueurs microsatellites, comme le recommande le panel d'experts du National Cancer Institute (NCI).

^d Il n'y avait pas de consensus parmi les participants sur le B3; les participants ont voté pour conserver le critère lié à l'âge (moins de 60 ans) dans les recommandations.

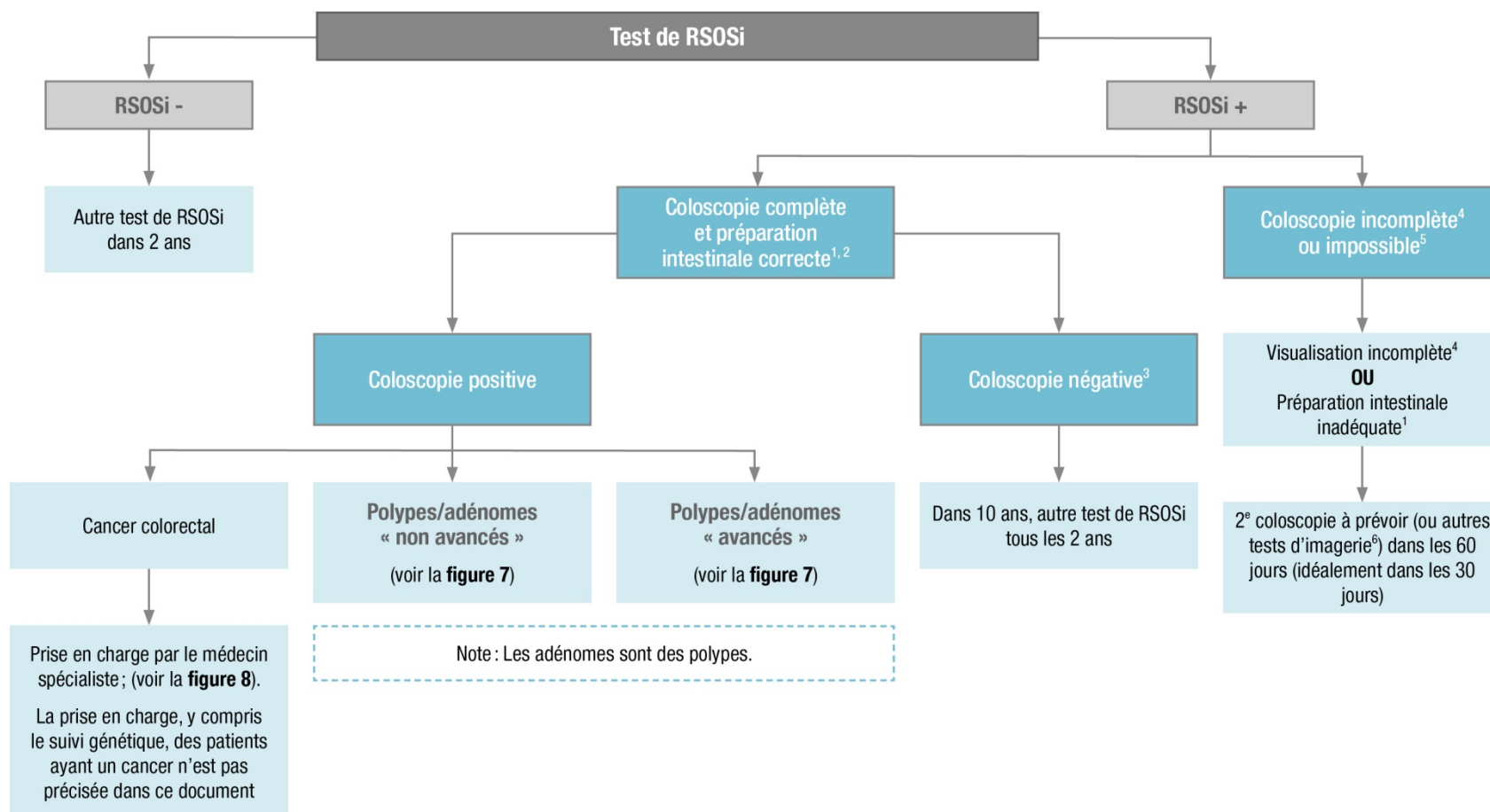
Figure 4 Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal



^a Si la coloscopie est impossible, envisager plutôt le lavement baryté en double contraste, la sigmoïdoscopie ou la coloscopie virtuelle. Si les résultats de la coloscopie sont négatifs et que celle-ci a été faite selon les normes de qualité, la personne doit subir un autre test de RSOSi dans dix ans.

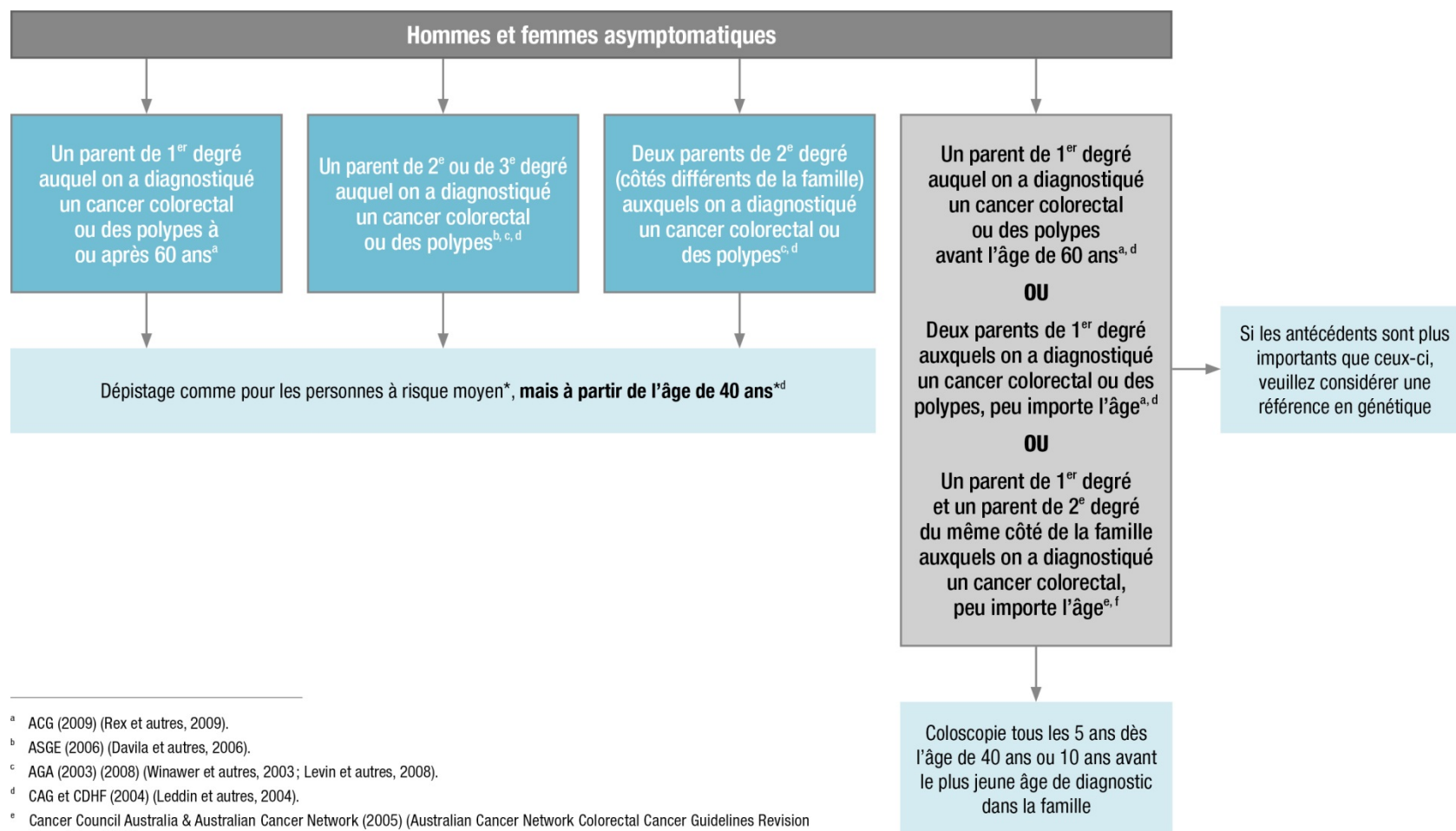
Source : (Lee et autres, 2014)

Figure 5 Schéma récapitulatif du suivi clinique recommandé à la suite d'un test de RSOSi (personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal)



1. Voir la fiche 1.5 sur la qualité de la préparation intestinale pour les définitions des catégories.
2. La coloscopie a permis d'exclure les pathologies importantes ou évidentes.
3. Selon la définition adoptée dans le cadre du PQDCCR (fiche 1.14 dans ce document).
4. Non-atteinte du cæcum.
5. Condition clinique du patient ne lui permettant pas de subir une coloscopie.
6. Par exemple, la coloscopie virtuelle ou le lavement baryté en double contraste.

Figure 6 Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque légèrement ou modérément accru de CCR (en fonction des antécédents familiaux)



^a ACG (2009) (Rex et autres, 2009).

^b ASGE (2006) (Davila et autres, 2006).

^c AGA (2003) (2008) (Winawer et autres, 2003; Levin et autres, 2008).

^d CAG et CDHF (2004) (Leddin et autres, 2004).

^e Cancer Council Australia & Australian Cancer Network (2005) (Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee, 2008).

^f NZGG (2004) (New Zeland Guideline Group, 2011).

* Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOSi immunochimique tous les deux ans.

■ Risque légèrement accru (deux fois plus grand). Toutefois, environ 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR.

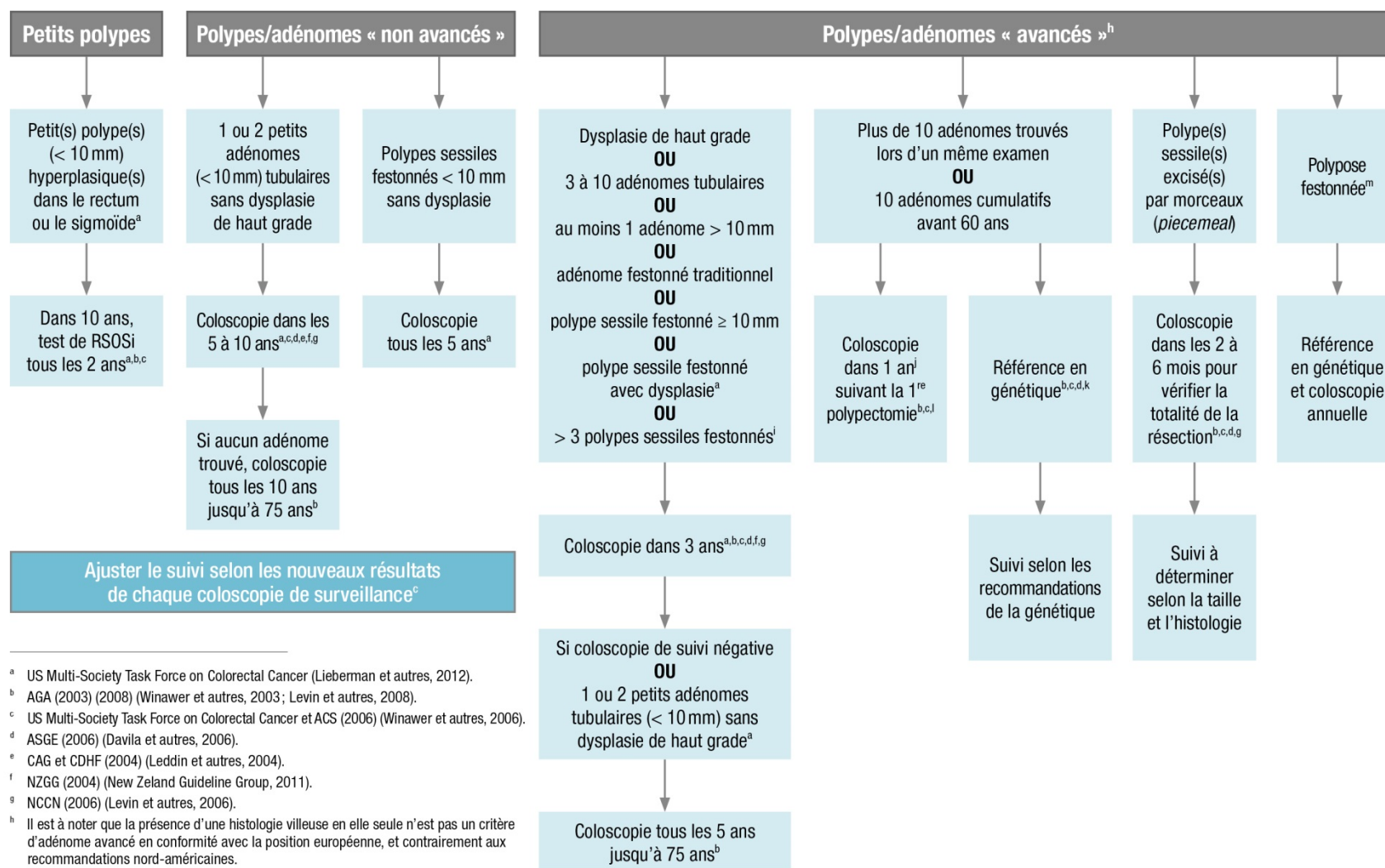
■ Risque modérément accru (trois à six fois plus grand). Toutefois, 70 à 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR.

Parent de 1^{er} degré : parent, enfant ou frère ou sœur.

Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle ou tante, neveu ou nièce.

Parent de 3^e degré : cousin ou cousine, arrière-grand-parent ou arrière-petit-enfant.

Figure 7 Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes



^a US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (Lieberman et autres, 2012).

^b AGA (2003) (2008) (Winawer et autres, 2003; Levin et autres, 2008).

^c US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer et ACS (2006) (Winawer et autres, 2006).

^d ASGE (2006) (Davila et autres, 2006).

^e CAG et CDHF (2004) (Leddin et autres, 2004).

^f NZGG (2004) (New Zeland Guideline Group, 2011).

^g NCCN (2006) (Levin et autres, 2006).

^h Il est à noter que la présence d'une histologie vilieuse en elle seule n'est pas un critère d'adénome avancé en conformité avec la position européenne, et contrairement aux recommandations nord-américaines.

ⁱ Pas de données probantes (Lieberman, D., communication personnelle).

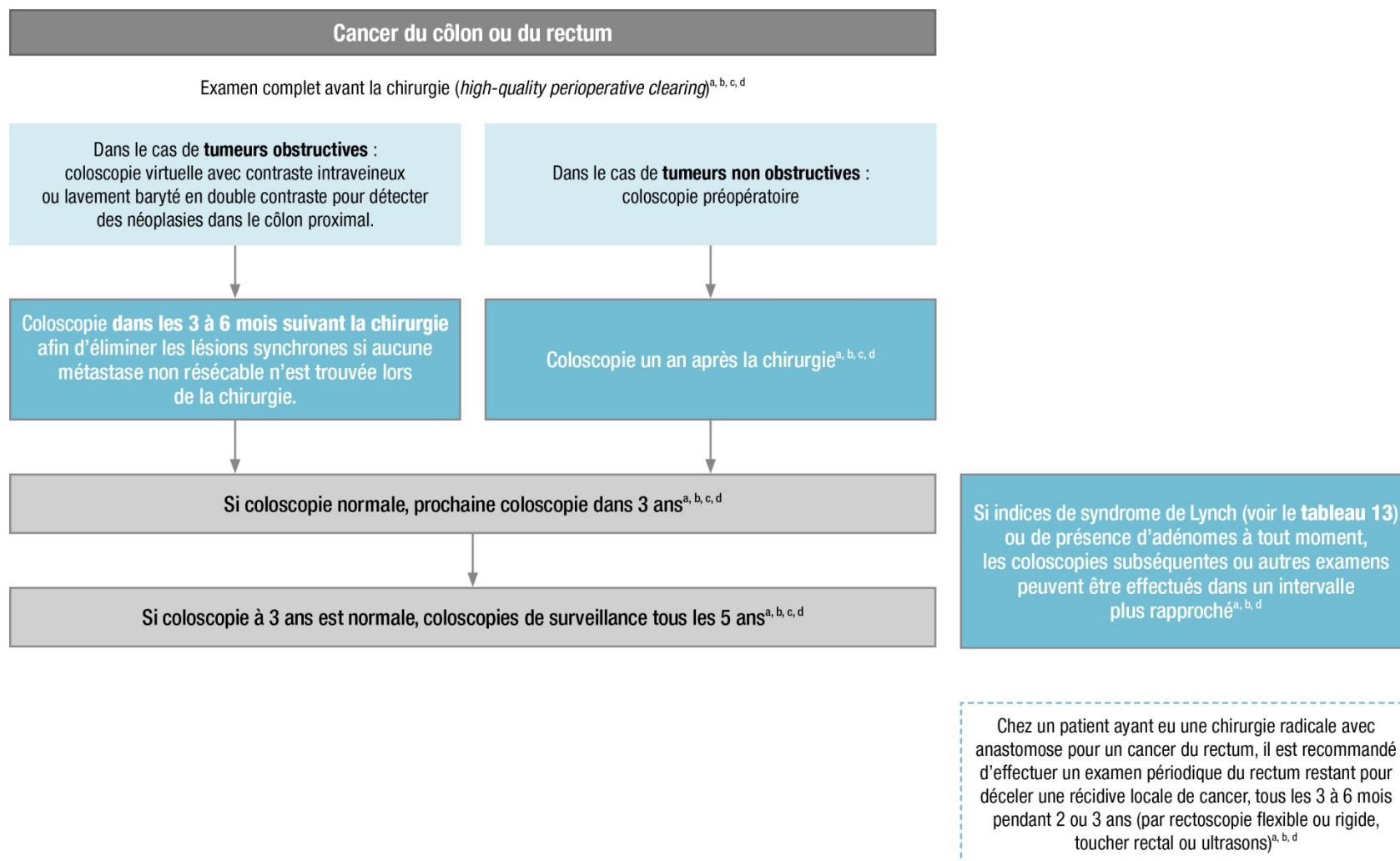
^j Leddin et autres (Leddin et autres, 2013).

^k ACG (2009) (Rex et autres, 2009).

^l NCCN Guidelines v.2.2012

^m Selon l'Organisation mondiale de la santé, une polyposse festonnée se définit par l'un de ces critères (Bosman ST, 2010) : 1) au moins 5 polypes sessiles festonnés près du sigmoïde, dont 2 ou plus ≥ 10 mm ; 2) au moins 1 polype sessile festonné situé à un emplacement proximal au sigmoïde et avec un historique familial de polyposse festonnée ou 3) > 20 polypes sessiles festonnés de n'importe quelle taille dans le côlon. (Bosman ST, 2010) Les trouvailles de polyposse juvénile (> 10) ou de polypes Peutz-Jeghers (> 2) évoquent la possibilité de polyposse et nécessitent une référence en génétique et un suivi endoscopique plus étroit.

Figure 8 Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de cancer colorectal



^a ASGE (2006) (Davila et autres, 2006).

^b AGA (2003 ; 2008) (Winawer et autres, 2003 ; Levin et autres, 2008).

^c CAG & CDHF (2004) (Leddin et autres, 2004).

^d ACS & US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (Rex et autres, 2006).

1.16 Histopathologie

Application/Responsabilité
Service d'anatomopathologie et anatomopathologistes Technologues médicaux travaillant dans un laboratoire d'anatomopathologie
Contexte/Objectif
La coloscopie est un examen à visées diagnostique et curative. Tous les échantillons de tissus prélevés (biopsies) et tous les polypes excisés doivent obligatoirement être envoyés au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. Ultimement, c'est à l'anatomopathologiste que revient la responsabilité de poser un diagnostic sur la nature des échantillons issus de biopsies ou de polypectomies. Répercussions sur le service d'anatomopathologie Dans son avis sur la pertinence et la faisabilité de la mise sur pied d'un programme de dépistage du cancer colorectal, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) signale qu'une importante augmentation de la charge de travail des laboratoires d'anatomopathologie québécois est à prévoir lors de l'entrée en fonction du programme (Miller et autres, 2008). Cet avis s'appuie notamment sur une étude comparative anglaise, dans laquelle on rapporte un taux de détection d'adénomes à haut risque (> 10 mm) deux à trois fois plus élevé dans une population où un programme de dépistage est en place que dans une population comparable sans dépistage systématique (Drolet et autres, 2007). L'avis s'appuie aussi sur une étude clinique américaine prospective effectuée sur une population asymptomatique âgée de 50 à 74 ans, avec ou sans antécédents familiaux de cancer colorectal, qui démontre que la prévalence des polypes de toute nature est de 1,7 polype par personne (Lieberman et autres, 2000). Tous les établissements de santé devront consigner leur capacité à maintenir une offre de service adéquate en anatomopathologie en prenant en considération, entre autres, l'augmentation du nombre d'échantillons à analyser issus de coloscopies et de chirurgies, ainsi que le respect des normes d'accès et de qualité pour les échantillons obtenus dans un contexte hors dépistage. Les sites qui présentent une zone de fragilité en ce qui a trait à l'offre de services en pathologie devront présenter un plan d'action concret à cet égard. Assurance qualité En octobre 2009, le Comité consultatif en anatomopathologie a déposé à la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC), maintenant la DQC, un rapport intitulé <i>Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie</i> (Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010). Ce rapport fait état des principales recommandations du comité à la lumière des meilleures données probantes à ce jour concernant l'assurance qualité en anatomopathologie et propose des critères permettant au MSSS de définir un modèle d'organisation des services en anatomopathologie pour l'ensemble du Québec (Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010). Les recommandations présentées par le comité ont été entérinées par 16 experts du domaine ainsi que par l'Association des pathologistes du Québec et le CMQ. Toutes les recommandations émises dans le rapport ont été considérées par le MSSS et chacune d'elles

a été prise en compte dans l'élaboration d'un plan d'action visant la mise en œuvre du Programme québécois d'assurance qualité (PAQ) en anatomopathologie. Tous les laboratoires d'anatomopathologie des établissements de santé devront se conformer aux exigences du PAQ (Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010). Certaines particularités sont également prévues dans le contexte du PQDCCR. Parmi celles-ci, il y a la détermination du temps de réponse et la standardisation des rapports d'anatomopathologie pour les cancers colorectaux.

En 2013, le Comité ministériel d'anatomopathologie a été créé et s'inscrit depuis dans la continuité des travaux amorcés en 2009.

Seuil à atteindre et exigences

Temps de réponse

Le groupe de travail sur l'organisation des services du PQDCCR a statué que le délai d'envoi des échantillons prélevés lors de la coloscopie au laboratoire d'anatomopathologie doit être inférieur à 48 heures, et que le délai entre le prélèvement et le retour des résultats au coloscopiste doit être inférieur à 10 jours.

Le Comité consultatif en anatomopathologie de la DGC^{cc} a statué que le temps de réponse, défini comme étant la période de temps écoulé entre l'arrivée d'un échantillon dans le laboratoire d'anatomopathologie et la signature du rapport par l'anatomopathologiste, doit être de :

- 5 jours ouvrables pour l'analyse d'un échantillon biopsique;
- 10 jours ouvrables pour l'analyse d'un échantillon chirurgical.

Étant donné le peu de documentation sur le sujet, ces délais ont été établis par consensus des membres du comité. Ils sont comparables aux temps de réponse qui ont été proposés pour la pathologie mammaire. Compte tenu de l'organisation actuelle des services en anatomopathologie, les membres ont jugé ces délais raisonnables.

Rapport standardisé d'anatomopathologie

Les travaux menant à la standardisation du contenu des rapports d'anatomopathologie pour les cancers colorectaux sont en cours. Les modèles de rapports standardisés et structurés qui ont été conçus par le College of American Pathologists seront traduits et adaptés, par consensus d'experts, à la réalité clinique du Québec. De plus, ils s'appliqueront aux carcinomes primaires du côlon et du rectum. Les procédures visées par ces rapports sont les suivantes : biopsie d'excision (polypectomie), excision locale (excision transanale), colectomie (totale, partielle ou exérèse segmentaire) et résection rectale (résection antérieure basse ou abdomino-périnéale).

Mécanisme d'assurance qualité

Les mécanismes d'assurance qualité liés à l'anatomopathologie seront définis ultérieurement, et ce, en cohérence avec la mise en œuvre du PAQ en anatomopathologie.

Cibles/Indicateurs

Pathologistes

100 % des échantillons prélevés par le coloscopiste doivent être envoyés et analysés en pathologie.

100 % des échantillons prélevés par le coloscopiste doivent être reçus au laboratoire de pathologie dans

^{cc} Travaux en cours par le Comité ministériel en anatomopathologie pour la révision de ces délais.

un délai inférieur à 48 heures (jours ouvrables) entre le prélèvement du tissu et sa réception au laboratoire.

100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons biopsiques doivent être terminées à l'intérieur de 5 jours ouvrables, c'est-à-dire 5 jours entre la réception des échantillons par le laboratoire et la signature du rapport.

100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons chirurgicaux doivent être terminées à l'intérieur de 10 jours ouvrables, c'est-à-dire 10 jours entre la réception des échantillons par le laboratoire et la signature du rapport.

100 % des rapports de pathologie doivent être disponibles pour le coloscopiste au plus tard 10 jours après le prélèvement, à partir de la réception de l'échantillon au laboratoire.

Service d'anatomo-pathologie

Les mécanismes d'assurance qualité liés à l'anatomopathologie seront définis ultérieurement, et ce, en cohérence avec la mise en œuvre du PAQ en anatomopathologie.

1.17 Manipulation de l'endoscope et des accessoires au cours de la coloscopie

Application/Responsabilité
Coloscopistes Infirmières
Contexte/Objectif
L'endoscope L'endoscope est un tube flexible pourvu d'une source lumineuse, d'un système optique et d'un ou plusieurs canaux opérateurs. Ces canaux permettent d'insuffler de l'air, d'aspirer de l'eau ou de laver l'intérieur de l'intestin. Ils permettent également de faire passer des pinces à biopsies ou des instruments à visée thérapeutique pour enlever un polype, par exemple.
La manipulation de l'endoscope Lors de la coloscopie, l'endoscope est inséré par l'anus, puis glissé peu à peu dans le côlon. Le coloscopiste progresse prudemment en poussant et retirant délicatement sur l'endoscope, mais aussi en effectuant des mouvements de flexions de l'extrémité via les manettes et des torsions horaires et antihoraires du tube d'insertion. Lorsque le coloscopiste atteint le cæcum, il retire progressivement l'endoscope afin de visualiser les parois coliques. Durant la coloscopie, l'infirmière doit être en mesure d'effectuer une surveillance clinique attentive et soutenue des paramètres du patient et être capable d'intervenir en cas de complications. Elle peut également être appelée à assister le médecin pour certaines activités techniques. Néanmoins, cette assistance ne doit pas nuire à son rôle de surveillance et à sa capacité de pouvoir agir promptement auprès du patient, en cas de complications (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Même si les risques de complication sont relativement peu élevés, la manipulation de l'endoscope doit être soutenue par une formation. La majorité des coloscopies sont faites par un coloscopiste qui est seul à pousser et à retirer l'endoscope, mais il existe une technique faisant appel à deux personnes : le coloscopiste fait le béquillage alors que l'infirmière pousse et retire le coloscope.
Revue de la littérature sur la coloscopie effectuée en solo (médecin) ou en duo (médecin et infirmière) Dans la littérature scientifique, on trouve très peu d'études ayant mesuré les avantages ou les inconvénients de la manipulation de l'endoscope par l'infirmière et le médecin (pratique en duo) par rapport à celle effectuée par le médecin seulement (pratique en solo). Une seule étude a véritablement comparé les performances de ces deux pratiques. Les résultats de cette étude indiquent que la pratique en duo serait aussi performante sinon meilleure que la pratique en solo. Toutefois, les auteurs mentionnent que les raisons expliquant une meilleure performance lors de la pratique en duo sont obscures et actuellement spéculatives. La nature observationnelle de la méthodologie adoptée dans cette étude met en question la validité de ses conclusions.

On trouve également quelques informations concernant la pratique en duo sur les sites Internet de différentes associations infirmières aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande (Nevada State Board of Nursing, 1996; NZNO Gastroenterology Nurses, 2007; Society of Gastroenterology Nurses and Associates, 2009; National Health Institut, 2011; Gastroenterological Nurses College of Australia, 2012). On constate à travers ces sites que la pratique en duo s'adresse uniquement à des infirmières formées en gastro-entérologie, mais il n'est pas mentionné que cette pratique serait associée à des bénéfices quelconques.

Lignes directrices au Québec

Actuellement, au Québec, la formation en coloscopie est réservée aux médecins. Dans ce contexte, l'infirmière ne peut insérer, avancer ou encore retirer l'endoscope (2). Cette position est soutenue par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Association des gastro-entérologues du Québec, l'Association des chirurgiens généraux du Québec et le Collège des médecins du Québec. L'infirmière peut aider un médecin de façon ponctuelle lors d'un geste thérapeutique, mais en maintenant la position du coloscope ou en manipulant des accessoires qui sont passés dans le coloscope, comme dans le cas d'une polypectomie ou d'une hémostase.

Seuil à atteindre et exigences

Coloscopistes

Le coloscopiste qui pratique une intervention diagnostique ou thérapeutique doit compter sur la présence d'une infirmière connaissant bien le déroulement de l'intervention. Cependant, le médecin ne peut demander à l'infirmière d'insérer, d'avancer ou encore de retirer l'endoscope, puisque cette intervention pourrait nuire à sa responsabilité de surveillance du patient. De plus, il n'existe actuellement aucun entraînement formel pour cette manipulation destiné aux infirmières du Québec. Cependant, l'infirmière peut, de façon ponctuelle, au cours d'un geste thérapeutique, maintenir la position du coloscope ou manipuler des accessoires qui sont passés dans le coloscope, comme le cas lors d'une polypectomie ou d'une technique hémostatique.

Infirmières

Les lignes directrices en endoscopie digestive de l'OIIQ précisent que l'infirmière est habilitée à fournir, au besoin, une aide technique au coloscopiste pour maintenir l'endoscope ou un instrument dans une position particulière, ou pour pousser sur l'abdomen du patient à sa demande. Selon le cas, l'infirmière détermine si elle peut à la fois assurer la surveillance clinique du patient et assister le coloscopiste de façon ponctuelle. Les interventions ponctuelles que peuvent faire les infirmières n'impliquent pas nécessairement qu'il doit y avoir deux infirmières pour effectuer la coloscopie. Ce n'est que dans certaines circonstances, notamment lorsque le patient présente des facteurs de risque importants ou une situation de santé complexe ou instable, que la présence de deux infirmières peut être nécessaire afin d'assurer la surveillance et la sécurité continues du patient. Peu importe l'activité d'assistance qu'elle est appelée à pratiquer, l'infirmière doit toujours être en mesure d'observer l'abdomen, le thorax et le visage du patient (NZNO Gastroenterology Nurses, 2007; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Sur le plan de la réalisation technique de la coloscopie, l'infirmière auxiliaire ne doit en aucun cas prendre la responsabilité d'insérer, d'avancer ou de retirer elle-même l'endoscope.

Cibles/Indicateurs

Coloscopiste

100 % des manipulations avec l'endoscope durant une coloscopie doivent être effectuées par un coloscopiste.

Infirmière

De son côté, l'infirmière a comme responsabilité d'assurer la surveillance clinique du patient. Elle peut néanmoins assister le coloscopiste de façon ponctuelle si cette assistance ne nuit pas à son rôle de surveillance et à sa capacité de pouvoir agir promptement auprès du patient, en cas de complications.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION. «The American Gastroenterological Association standards for office-based gastrointestinal endoscopy services. » *Gastroenterology* 121, 2001; p.440-443.
- ALLISON, M. C., et autres. «Antibiotic prophylaxis in gastrointestinal endoscopy.» *Gut* 58(6), 2009, p.869-880
- ANDERSON, M. A., et autres. «Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures.» *Gastrointest Endosc* 70(6), 2009, p.1060-1070
- AUSTRALIAN CANCER NETWORK COLORECTAL CANCER GUIDELINES REVISION COMMITTEE. «Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer.», 2008, [<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp106>].
- BANERJEE, S., et autres. «Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy.» *Gastrointest Endosc* 67(6), 2008, p.791-798
- BARCLAY, R. L., et autres. «Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy.» *N Engl J Med* 355(24), 2006, p.2533-2541
- BARCLAY, R. L., et autres. «Effect of a time-dependent colonoscopic withdrawal protocol on adenoma detection during screening colonoscopy.» *Clin Gastroenterol Hepatol* 6(10), 2008, p.1091-1098
- BARKUN, A., et autres. «Commonly used preparations for colonoscopy: efficacy, tolerability, and safety--a Canadian Association of Gastroenterology position paper.» *Can J Gastroenterol* 20(11), 2006, p.699-710
- BAXTER, N. N., et autres. «Association of colonoscopy and death from colorectal cancer.» *Ann Intern Med* 150(1), 2009, p.1-8
- BOSMAN ST, C. F., et autres. WHO Classification of tumours of the digestive system. Berlin, 2010
- CALDERWOOD, A. H., et autres. «Boston Bowel Preparation Scale scores provide a standardized definition of adequate for describing bowel cleanliness.» *Gastrointest Endosc* 80(2), 2014, p.269-276
- CAMM, A. J., et autres. «Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC).» *Eur Heart J* 31(19), 2010, p.2369-2429
- CANADIAN ASSOCIATION OF GASTROENTEROLOGY. «Position Statement: FDA Safety Alert: Oral Sodium Phosphate (OSP) Products for Bowel Cleansing.» 2008, [https://www.cag-acg.org/images/publications/sodiumphosphate_vanner_january2009.pdf]
- CHOUDARI, C. P., et autres. «Acute gastrointestinal haemorrhage in anticoagulated patients: diagnoses and response to endoscopic treatment.» *Gut* 35(4), 1994, p.464-466
- CITARDA, F., et autres. «Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence.» *Gut* 48(6), 2001, p.812-815
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. Protocole d'anticoagulothérapie : extrait des lignes directrices d'anticoagulothérapie en milieu ambulatoire. Montréal, 2005, [http://www.opq.org/doc/media/810_38_fr-ca_0_ld_anticoagulothérapie_extraits.pdf]
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Utilisation de la sédation-analgésie: lignes directrices du Collège des médecins du Québec. Montréal. 2009
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. Normes d'exercice en matière de coloscopie, Le Collège des médecins du Québec. 50, 2010, p.15 [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2010-03-01-fr-normes-coloscopie.pdf>]

-
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ET ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. La sédation-analgésie : lignes directrices Montréal. 2015, [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgésie.pdf>]
- CONJOINT COMMITTEE FOR THE RECOGNITION OF TRAINING IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY. «Information for registrants. Sydney, Australie. Gastroenterological Society of Australia (GESA), Royal Australasian College of Physicians (RACP) and Royal Australasian College of Surgeons (RACS).», 2009
- COTTON, P. B., et autres. «A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop.» *Gastrointest Endosc* 71(3), 2010, p.446-454
- CPAC. Quality Determinants in Colorectal Cancer Screening Working Group. Quality determinants for colorectal cancer screening in Canada., Canadian Partnership Against Cancer (CPAC) 2009, [http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/QD_for_CRC_Screening_in_Canada_2009-10-05_v16.pdf]
- CRISPIN, A., et autres. «Process quality and incidence of acute complications in a series of more than 230,000 outpatient colonoscopies.» *Endoscopy* 41(12), 2009, p.1018-1025
- CROSSLEY, G. H., et autres. «The Heart Rhythm Society (HRS)/American Society of Anesthesiologists (ASA).» *Heart Rhythm* 8(7), 2011, p.1114-1152
- DAVILA, R. E., et autres. «ASGE guideline: colorectal cancer screening and surveillance.» *Gastrointest Endosc* 63(4), 2006, p.546-557
- DIENER, H. C., et autres. «European Stroke Prevention Study. 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke.» *J Neurol Sci* 143(1-2), 1996, p.1-13
- DOMINITZ, J. A., et autres. «Renewal of and proctoring for endoscopic privileges.» *Gastrointest Endosc* 67(1), 2008, p.10-16
- DOUKETIS, J. D. «Perioperative management of antithrombotic therapy: lifting the fog.» *J Thromb Haemost* 7(12), 2009, p.1979-1981
- DOUKETIS, J. D. «Pharmacologic properties of the new oral anticoagulants: a clinician-oriented review with a focus on perioperative management.» *Curr Pharm Des* 16(31), 2010, p.3436-3441
- DOUKETIS, J. D. and E. BAKHSH. «Perioperative management of antithrombotic therapy.» *Pol Arch Med Wewn* 118(4), 2008, p.201-208
- DOUKETIS, J. D., et autres. «Physician preferences for perioperative anticoagulation in patients with a mechanical heart valve who are undergoing elective noncardiac surgery.» *Chest* 116(5), 1999, p.1240-1246
- DOUKETIS, J. D., et autres. «Perioperative management of antithrombotic therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines.» *Chest* 141(2 Suppl), 2012, e326S-350S
- DROLET, M., et autres. «Revue systématique des études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du dépistage populationnel du cancer colorectal de la population à risque moyen. » [Québec], Direction des systèmes de soins et politiques publiques, Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, Institut national de santé publique Québec, 2007
- EISEN, G. M., et autres. «Methods of granting hospital privileges to perform gastrointestinal endoscopy.» *Gastrointest Endosc* 55(7), 2002, p.780-783
- FLEISHER, L. A., et autres. «ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery): developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and
-

-
- Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery.» *Circulation* 116(17), 2007, e418-499
- FROELICH, F., et autres. «Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: the European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European multicenter study.» *Gastrointest Endosc* 61(3), 2005, p.378-384
- GAGE, B. F., et autres. «Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation.» *JAMA* 285(22), 2001, p.2864-2870
- GASTROENTEROLOGICAL NURSES COLLEGE OF AUSTRALIA. «The Manipulation of Endoscopes and Accessories by the Gastroenterology Nurse during Endoscopic Procedures.», 2012
- GINSBERG, G. G., et autres. «Endoscopic tattooing: February 2002.» *Gastrointest Endosc* 55(7), 2002, p.811-814
- NATIONAL BOWEL CANCER SCREENING PROGRAM QUALITY WORKING GROUP. Improving colonoscopy services in Australia., Australian Government Department of Health and Ageing, 2009
- HALLÉ, P. et autres. «Association des gastro-entérologues du Québec. Compétence en coloscopie. Recommandations et position de l'Association des gastro-entérologues du Québec.», 2011, p.1-19
- HAREWOOD, G. C. «Relationship of colonoscopy completion rates and endoscopist features.» *Dig Dis Sci* 50(1), 2005, p.47-51
- HAREWOOD, G. C., et autres. «Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia.» *Gastrointest Endosc* 58(1), 2003, p.76-79
- HASSAN, C., et autres. «Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline.» *Endoscopy* 45(2), 2013, p.142-150
- HILSDEN, R. J. «Patterns of use of flexible sigmoidoscopy, colonoscopy and gastroscopy: a population-based study in a Canadian province.» *Can J Gastroenterol* 18(4), 2004, p.213-219
- HIRSH, J., et autres. «American Heart Association/American College of Cardiology Foundation guide to warfarin therapy.» *Circulation* 107(12), 2003, p.1692-1711
- HIRSH, J., et autres. «Executive summary: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition).» *Chest* 133(6 Suppl), 2008, 71S-109S
- HUI, A. J., et autres. «Risk of colonoscopic polypectomy bleeding with anticoagulants and antiplatelet agents: analysis of 1657 cases.» *Gastrointest Endosc* 59(1), 2004, p.44-48
- IMPERIALE, T. F., et autres. «Variation in polyp detection rates at screening colonoscopy.» *Gastrointest Endosc* 69(7), 2009, p.1288-1295
- JOHNSON, D. A., et autres. «Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer.» *Gastroenterology* 147(4), 2014, p.903-924
- KAHI, C. J., et autres. «Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality.» *Clin Gastroenterol Hepatol* 7(7), 2009, p.770-775;
- KO, C. W., et autres. «Serious complications within 30 days of screening and surveillance colonoscopy are uncommon (vol 8, pg 166, 2010).» *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 8(12), 2010, p.1100-1100
- KUDO, S., et autres. «Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa.» *Gastrointest Endosc* 68(4 Suppl), 2008, S3-47
- KWOK, A. and D. O. FAIGEL. «Management of anticoagulation before and after gastrointestinal endoscopy.» *Am J Gastroenterol* 104(12), 2009, p.3085-3097
- LAI, E. J., et autres. «The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research.» *Gastrointest Endosc* 69(3 Pt 2), 2009, p.620-625
-

-
- LEDDIN, D., et autres. «Colorectal cancer surveillance after index colonoscopy: guidance from the Canadian Association of Gastroenterology.» *Can J Gastroenterol* 27(4), 2013, p.224-228
- LEDDIN, D., et autres. «Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foundation: Guidelines on colon cancer screening.» *Can J Gastroenterol* 18(2), 2004, p.93-99
- LEE, J. K., et autres. «Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis.» *Ann Intern Med* 160(3), 2014, p.171
- LEVIN, B., et autres. «Colorectal Cancer Screening Clinical Practice Guidelines.» *J Natl Compr Canc Netw* 4(4), 2006, p.384-420
- LEVIN, B., et autres. «Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology.» *Gastroenterology* 134(5), 2008, p.1570-1595
- LIEBERMAN, D., et autres. «Standardized colonoscopy reporting and data system: report of the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable.» *Gastrointest Endosc* 65(6), 2007, p.757-766
- LIEBERMAN, D. A., et autres. «Assessment of the quality of colonoscopy reports: results from a multicenter consortium.» *Gastrointest Endosc* 69(3 Pt 2), 2009, p.645-653
- LIEBERMAN, D. A., et autres. «Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.» *Gastroenterology* 143(3), 2012, p.844-857
- LIEBERMAN, D. A., et autres. «Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380.» *N Engl J Med* 343(3), 2000, p.162-168
- MARSHALL, J. B. and J. S. BARTHEL. «The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s.» *Gastrointest Endosc* 39(4), 1993, p.518-520
- MARTEL, M., et autres. «Split-Dose Preparations Are Superior to Day-Before Bowel Cleansing Regimens: A Meta-analysis.» *Gastroenterology* 149(1), 2015, p. 79-88
- MAURI, L., et autres. «Stent thrombosis in randomized clinical trials of drug-eluting stents.» *N Engl J Med* 356(10), 2007, p.1020-1029
- MÉNARD, C., et autres. «Split-Dose Versus Same-Day Bowel Preparations for Colonoscopy: A Meta-Analysis.» *Gastroenterology* 150(4 Suppl 1), 2016, S838
- MILLER, A. B., et autres. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec. Canada, Gouvernement du Québec, 2008, [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/882_PertinFaisPrograCcColo.pdf]
- MONKEMULLER, K., et autres. «Advanced colon polypectomy.» *Clin Gastroenterol Hepatol* 7(6), 2009, p.641-652
- NATIONAL HEALTH INSTITUT. «Evidence briefing on nurse endoscopy.», 2011, [<https://www.york.ac.uk/media/crd/Nurse%20endoscopy%20evidence%20briefing.pdf>]
- NCCN. «National Comprehensive Cancer Network, About the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.», 2014, [http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp].
- NEVADA STATE BOARD OF NURSING. «Ns Advancing or Withdrawing Endoscopes and Colonoscopes.», 1996
- NEW ZELAND GUIDELINE GROUP Guidance on surveillance for people at increased risk of colorectal cancer 2011. New Zealand Guidelines Group. Wellington, 2011
-

-
- NHS Bowel Cancer Screening Programme. Quality Assurance Guidelines for Colonoscopy. Publication No. 6., 2010, [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/427591/nhsbcsp06.pdf]
- NHS Bowel Cancer Screening Programme. Guidebook for programme hubs and screening centres, Version 2., 2007, [<http://www.bcsb.nhs.uk/files/NHS%20BCSP%20Guidebook%20v3.pdf>]
- NY CITYWIDE COLON CANCER CONTROL COALITION. «A practical guide to increasing screening colonoscopy. Proven methods for health care facilities to prevent colorectal cancer deaths.», 2006
- NZNO GASTROENTEROLOGY NURSES. «The Manipulation of Endoscopes and Accessories by the Gastroenterology Nurse during Endoscopic Procedures.», 2007
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC. Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Champ d'exercice, activités réservées et autorisées. 2011
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.», 2012
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. «Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte.», 2016
- OVERHOLT, B. F., et autres «Withdrawal times and associated factors in colonoscopy: a quality assurance multicenter assessment.» *J Clin Gastroenterol* 44(4), 2009, e80-86
- PALMER, L. B., et autres «Quality of colonoscopy reporting in community practice.» *Gastrointest Endosc* 72(2), 2010, 321-327, p.327
- PARMAR, R., et autres «Validated Scales for Colon Cleansing: A Systematic Review.» *Am J Gastroenterol* 111(2), 2016, p.197-204
- PARTICIPANTS IN THE PARIS WORKSHOP «The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002.» *Gastrointest Endosc* 58(6 Suppl), 2003, S3-43
- PATERSON, W. G., et autres «Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care.» *Can J Gastroenterol* 20(6), 2006, p.411-423
- PETERSEN, B. T., et autres «Endoscopy in patients with implanted electronic devices.» *Gastrointestinal Endoscopy* 65(4), 2007, p.561-568
- QUÉBEC (PROVINCE). Loi sur les infirmières et les infirmiers : L.R.Q., c. I-8 : à jour au 24 novembre 2009. [Québec], Éditeur officiel du Québec. 2009
- QUÉBEC (PROVINCE). Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., c. S-4.2 : à jour au 8 septembre 2009. [Québec], Éditeur officiel du Québec. 2009
- QUÉBEC (PROVINCE). Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., c. S-4.2 : à jour au 1^{er} février 2018. [Québec], Éditeur officiel du Québec. 2017
- QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie : rapport / du Comité consultatif en anatomopathologie. [Québec], Éditeur officiel du Québec. 2010
- QUÉBEC (PROVINCE). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. «Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie.» [Québec], Éditeur officiel du Québec., 2010,
- RABENECK, L., et autres «Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice.» *Gastroenterology* 135(6), 2008, p.1899-1906
- RADAELLI, F., et autres «Technical performance of colonoscopy: the key role of sedation/analgesia and other quality indicators.» *Am J Gastroenterol* 103(5), 2008, p.1122-1130
-

-
- REX, D. K., et autres «Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.» *Am J Gastroenterol* 97(6), 2002, p.1296-1308
- REX, D. K., et autres «American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected].» *Am J Gastroenterol* 104(3), 2009, p.739-750
- REX, D. K., et autres «Guidelines for colonoscopy surveillance after cancer resection: a consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer.» *Gastroenterology* 130(6), 2006, p.1865-1871
- REX, D. K., et autres «Quality indicators for colonoscopy.» *Gastrointest Endosc* 63(4 Suppl), 2006, S16-28
- REX, D. K. and T. M. ULBRIGHT «Step section histology of proximal colon polyps that appear hyperplastic by endoscopy.» *Am J Gastroenterol* 97(6), 2002, p.1530-1534
- RILEY, S. A. «Colonoscopic polypectomy and endoscopic mucosal resection : A practical guide.», 2008, [http://www.bsg.org.uk/images/stories/docs/sections/endo/polypectomy_08.pdf].
- ROMAGNUOLO, J., et autres «Canadian credentialing guidelines for colonoscopy.» *Can J Gastroenterol* 22(1), 2008, p.17-22
- SANCHEZ, W., et autres «Evaluation of polyp detection in relation to procedure time of screening or surveillance colonoscopy.» *Am J Gastroenterol* 99(10), 2004, p.1941-1945
- SANTÉ CANADA Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP), 2014
- SAWHNEY, M. S., et autres «Risk factors for severe delayed postpolypectomy bleeding.» *Endoscopy* 40(2), 2008, p.115-119
- SHIFFMAN, M. L., et autres «Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDs.» *Gastrointest Endosc* 40(4), 1994, p.458-462
- SIMMONS, D. T., et autres «Impact of endoscopist withdrawal speed on polyp yield: implications for optimal colonoscopy withdrawal time.» *Aliment Pharmacol Ther* 24(6), 2006, p.965-971
- SINGH, H., et autres «Colonoscopy and its complications across a Canadian regional health authority.» *Gastrointest Endosc* 69(3 Pt 2), 2009, p.665-671
- SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY NURSES AND ASSOCIATES «Manipulation of Endoscopes during Endoscopic Procedures.», 2009
- SPIER, B. J., et autres «Colonoscopy training in gastroenterology fellowships: determining competence.» *Gastrointest Endosc* 71(2), 2010, p.319-324
- SPYROPOULOS, A. C. and J. D. DOUKETIS «How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery.» *Blood* 120(15), 2012, p.2954-2962
- TOLLIVER, K. A. and D. K. REX «Colonoscopic polypectomy.» *Gastroenterol Clin North Am* 37(1), 2008, 229-251, p.ix
- U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. «Safety Alert for human medical products. », 2008, [<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm094900.htm>].
- UMAR, A., et autres «Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability.» *J Natl Cancer Inst* 96(4), 2004, p.261-268
- VEITCH, A. M., et autres «Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures.» *Gut* 57(9), 2008, p.1322-1329
- WEITZ, J. I. «Low-molecular-weight heparins.» *N Engl J Med* 337(10), 1997, p.688-698
- WEXNER, S. D., et autres «Principles of privileging and credentialing for endoscopy and colonoscopy.» *Gastrointest Endosc* 55(2), 2002, p.145-148
-

-
- WINAWER, S., et autres «Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale- Update based on new evidence.» *Gastroenterology* 124(2), 2003, p.544-560
- WINAWER, S. J., et autres «Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society.» *Gastroenterology* 130(6), 2006, p.1872-1885
- WINAWER, S. J., et autres «Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup.» *N Engl J Med* 329(27), 1993, p.1977-1981
- WITT, D. M., et autres «Incidence and predictors of bleeding or thrombosis after polypectomy in patients receiving and not receiving anticoagulation therapy.» *J Thromb Haemost* 7(12), 2009, p.1982-1989
- WIVIOTT, S. D., et autres «Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes.» *N Engl J Med* 357(20), 2007, p.2001-2015
- YOUSFI, M., et autres «Postpolypectomy lower gastrointestinal bleeding: potential role of aspirin.» *Am J Gastroenterol* 99(9), 2004, p.1785-1789

ANNEXE I NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE

NORMES |

NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE

À LA SUITE D'UNE INTERVENTION RÉCENTE DANS UN ÉTABLISSEMENT, IL EST APPARU UTILE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION D'ÉTABLIR DES NORMES D'EXERCICE EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE AFIN D'ASSURER UNE UNIFORMITÉ DANS LES PRATIQUES AU QUÉBEC.

Élaborées avec l'aide des associations concernées (gastro-entérologues, chirurgiens généraux, médecins internistes et pédiatres), ces normes devraient permettre de mieux outiller les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements pour l'octroi de privilèges en coloscopie et pour l'élaboration et l'utilisation des critères explicites d'évaluation de la qualité de l'acte. Il est possible qu'à l'occasion de la mise en place d'un programme systématique de dépistage du cancer du colon, des critères d'assurance qualité du programme s'ajoutent à ces normes de base.

Comme pour toute technique, l'habileté du « coloscopiste » et la fiabilité de l'examen augmentent habituellement avec le nombre de cas réalisés. À cet égard et à titre indicatif, selon la littérature courante, un nombre de 150 examens ou plus de dépistage par année permet à un « coloscopiste » de maintenir plus facilement ses habiletés. Ce chiffre ne saurait être appliqué de façon absolue sans tenir compte, de façon prioritaire, des 10 critères cités ci-contre.

L'articulation des deux paramètres, c'est-à-dire le nombre d'examens effectués annuellement et le respect des 10 critères de qualité, atteste plus fidèlement de la compétence d'un « coloscopiste ».

Plusieurs contextes cliniques, particulièrement en régions non urbaines, pourraient ne pas permettre à des « coloscopistes » d'atteindre une telle fréquence d'examens. Voilà pourquoi, dans l'organisation des services médicaux, les risques et les avantages d'avoir accès ou non à l'examen lorsqu'il y a indication de coloscopie doivent être pris en compte.

CRITÈRES DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE

1. La coloscopie doit permettre de visualiser et d'intuber le caecum dans 85 à 90 % des cas de coloscopies diagnostiques et dans 95 % des coloscopies de dépistage. La photographie des repères anatomiques du caecum est requise comme élément de preuve à l'appui d'intubation caecale.
2. Le temps de retrait minimal moyen doit être de 6 minutes ou plus.
3. Le taux de détection d'adénome doit être de 25 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes, lors de coloscopies de dépistage.
4. Le taux de complications doit être égal ou inférieur à celui que l'on retrouve dans la littérature médicale, soit :
 - pour la perforation intestinale : < 1/1000 de tous les patients et < 1/2000 lorsqu'il s'agit de coloscopie de dépistage;
 - pour les saignements post-polypectomie : il doit être inférieur à 1 %.
5. Le médecin qui procède à une coloscopie (« coloscopiste ») doit pouvoir démontrer qu'il a participé à des activités de développement professionnel continu dans le domaine de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique.
6. Le « coloscopiste » doit maîtriser les techniques de sédation-analgésie et les procédures de réanimation.
7. Le « coloscopiste » doit assurer le confort du patient pendant la procédure.
8. Le « coloscopiste » doit être en mesure, pour ce qui est du diagnostic, de bien reconnaître les lésions visualisées, et d'assurer le suivi et la prise en charge.
9. Le « coloscopiste » doit être en mesure d'assurer le suivi s'il y a présence de polypes, en particulier d'évaluer et d'élaborer un plan d'examens subséquents, selon les résultats endoscopiques et pathologiques.
10. Le « coloscopiste » doit être en mesure, à la suite de l'examen, d'évaluer le risque familial et, le cas échéant, de faire les recommandations appropriées.

SOURCES :

ARMSTRONG D. et coll. « Canadian credentialing guidelines for endoscopic privileges: An overview », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 21, n° 12, décembre 2007, p. 797-801.

ASFAH S. et coll. « Assessment of endoscopic training of general surgery residents in a North American health region », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, n° 6, 2008, p. 1056-1062.

CASS O.W. et coll. « Acquisition of competency in endoscopic skills (ACES) during training: A multicenter study », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 43, n° 4, 1996, p. 308.

DUNKIN B.J. et J.J. VARGO, « Measuring procedural competence in endoscopy: what do the numbers really tell us? », *Gastrointestinal Endoscopy*, vol. 68, n° 6, 2008, p. 1063-1065.

LIEBERMAN, D.A. et coll. « Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer », *The New England Journal of Medicine*, vol. 343, n° 3, juillet 2000, p. 162-168.

REX D.K. et coll. « Quality indicators for colonoscopy », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 101, avril 2006, p. 873-885.

REX D.K. et coll. « Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy », *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 97, n° 6, 2002, p. 1296-1308.

ROMAGNULO J. et coll. « Canadian credentialing guidelines for colonoscopy », *The Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 22, n° 1, janvier 2008, p. 17-20.

WEXNER S.D. et coll. « How well can surgeons perform colonoscopy? », *Surgical Endoscopy*, vol. 12, n° 12, décembre 1998, p. 1410-1414.

Mars 2010

ANNEXE II FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE EN COLOSCOPIE

ANNEXE 1

Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique*

Le formulaire *Endoscopie digestive : formulaire d'évaluation et de surveillance clinique* constitue un outil de référence pour les milieux de soins. Il ne s'agit pas d'un formulaire obligatoire, mais plutôt d'un canevas pour soutenir le développement et la mise à jour des outils d'évaluation et de surveillance clinique présentement utilisés en coloscopie dans les milieux de soins. Cet outil est aussi, en quelque sorte, une opérationnalisation des lignes directrices explicitées dans les pages précédentes. Il comprend la majeure partie des éléments d'évaluation et de surveillance clinique que l'infirmière doit relever et consigner dans le cadre de ses activités.

Date de l'examen (AAAA/MM/JJ) : _____	Heure d'arrivée : _____
---------------------------------------	-------------------------

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Motifs de l'intervention _____	
Provenance du client : ☐ Domicile ☐ Unité de soins ☐ Autre établissement de santé ☐ Urgence	
Technique d'isolement : _____ Bracelet d'identification en place ☐	
Formulaire complété avec : ☐ Client ☐ Conjoint ☐ Autre personne (ami, fils, fille, etc.) : _____	
☐ Le client sera accompagné par une personne après l'examen (condition obligatoire pour la coloscopie sous sédation-analgésie)	
Lien ou identité de l'accompagnateur du client : _____	
Le client doit comprendre l'information reçue ¹ (déroulement, risques encourus, autre examen possible, autres éléments pertinents), concernant :	☐ La coloscopie ☐ Les interventions (diagnostiques et thérapeutiques) réalisées pendant la coloscopie ☐ La sédation et les autres médicaments administrés, selon le cas

* Ce formulaire constitue un outil de référence pour les milieux cliniques afin de soutenir la pratique infirmière. Il regroupe les éléments d'évaluation pré, per et postprocédure. Toutefois, comme l'évaluation peut être séquentielle dans le temps et être réalisée par plus d'une infirmière, ou en collaboration avec le coloscopiste ou d'autres professionnels, certains éléments pourraient se retrouver dans un autre formulaire préparé à cette fin, et ce, afin d'éviter une duplication jugée inutile.

1 Le moyen de transmission de l'information au client peut varier (ex. : envoi postal).

2. ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE, CONSENTEMENT AUX SOINS ET INTERVENTIONS PRÉALABLES À L'EXAMEN (suite)

☐ Réactions indésirables à la suite d'une sédation-analgésie (ou d'une anesthésie)

Précisez : _____

☐ Antécédents d'intubation difficile

Liste de médicaments ou FADM au dossier :

☐ Oui ☐ Non

Prise de médicaments des catégories suivantes :

☐ Hypoglycémiant

☐ Insuline

☐ Anticoagulant

☐ Médicament antithrombotique/antiplaquettaire :

☐ Médicament ayant été cessé ou devant être cessé pour l'examen (nom, date et heure d'administration et d'arrêt)

Précisez : _____

☐ Substitution par une HFPM²

Dose et voie d'administration : _____

Débutée (date et heure) : _____

Dernière dose reçue (date et heure) : _____

Fréquence (die ou bid) : _____

☐ Autres médicaments (prescrits ou non) :

☐ Classification de l'état physique du client

☐ ASA 1 : client en bonne santé

☐ ASA 2 : client atteint d'une affection systémique légère

☐ ASA 3 : client atteint d'une affection systémique grave

☐ ASA 4 : client atteint d'une affection systémique grave qui représente une menace constante pour sa vie

☐ Port de prothèses ou présence de métal :

☐ Prothèses dentaires ☐ Appareils auditifs

☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Perçage corporel

☐ Valvule cardiaque

☐ Défibrillateur interne, stimulateur cardiaque

Précisez : _____

☐ Si autre pièce métallique, précisez :

☐ Cathéter IV en place et perméable

Site d'insertion : _____

☐ Médicament administré en prophylaxie³

Spécifiez : _____

☐ Paramètres vitaux mesurés et indiqués sur la page suivante (PA, pouls, T°, respiration, O₂, saturation, glycémie capillaire)

Évaluation de la douleur (PQRSTU) : _____

☐ Vérification des résultats de laboratoire pertinents (le cas échéant)

Spécifiez : _____

2. HFPM : héparine de faible poids moléculaire.

3. C'est le médicament administré immédiatement avant la coloscopie comme des antibiotiques.

2. ÉVALUATION PRÉCOLOSCOPIE, CONSENTEMENT AUX SOINS ET INTERVENTIONS PRÉALABLES À L'EXAMEN (suite)

☐ Enseignement dispensé au client (nature et déroulement de l'examen, résultats anticipés, risques significatifs liés à l'examen et réponses aux questions du client) ☐ Enseignement prodigué en présence ou à une autre personne significative, précisez : _____ ☐ Possibilité d'être enceinte ☐ Allaitement en cours Niveau d'anxiété selon échelle de 0-10 : _____ ☐ Consentement aux soins signé (ne pas le faire signer avant que le client ait reçu l'enseignement sur l'examen et la sédation, s'il y a lieu)	☐ Consignes et directives pour les 24 heures suivant la sédation-analgésie transmises au client (exemples : ne pas conduire, ne pas prendre de décision importante et ne pas consommer d'alcool, de drogues, etc.) ☐ Informations écrites remises
Constats de l'évaluation : _____ ☐ Coloscopiste avisé des constats	
Évaluation réalisée par : _____ Signature de l'infirmière : _____	

3. INTERVENTIONS, ÉVALUATION EN COURS D'ÉVOLUTION ET SURVEILLANCE CLINIQUE (PENDANT ET APRÈS L'EXAMEN)

Clientèles à risque qui requièrent une surveillance accrue :

- | | |
|---|--|
| ☐ Personne âgée de plus de 70 ans | ☐ Personne souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique |
| ☐ Personne naïve à un opiacé (nouvel opiacé débuté depuis moins d'une semaine) | ☐ Personne ayant subi un traumatisme crânien |
| ☐ Personne souffrant de MPOC | ☐ Personne souffrant d'obésité (IMC supérieur à 35) ou avec un cou court ou large (circonférence ↑) |
| ☐ Personne souffrant d'apnée du sommeil | ☐ Personne prenant d'autres médicaments qui ont un effet dépressif sur le SNC |

PARAMÈTRE À ÉVALUER	ÉCHELLE DE DOULEUR	ÉCHELLE DE SÉDATION	EFFET SECONDAIRE
- Avant l'administration d'un dépressur du SNC - Immédiatement après l'administration de la 1^{re} dose et des doses subséquentes de médicaments - Au pic d'action - À la fin du pic d'action - Ajuster selon l'état de santé du client	0 : aucune douleur 2 : légère 4 : gênante 6 : pénible 8 : sévère 10 : insupportable	S : sommeil normal, éveil facile 1 : éveillé, alerte 2 : parfois somnolent, éveil facile 3 : somnolent, s'éveille, mais s'endort durant la conversation 4 : endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout	0 : aucun 1 : nausées / vomissements 2 : prurit 3 : dépression respiratoire 4 : autres
L'INFIRMIÈRE DOIT IMMÉDIATEMENT AVISER LE MÉDECIN SI LA SATURATION EN OXYGÈNE DU CLIENT EST INFÉRIEURE À 91 %⁵ OU SI LE DEGRÉ DE SÉDATION DU CLIENT EST SUPÉRIEUR OU ÉGAL À 3 ET/OU SI SA FRÉQUENCE RESPIRATOIRE EST INFÉRIEURE OU ÉGALE À 8 PAR MINUTE.			

4. Le médecin est responsable d'obtenir le consentement, mais un tiers peut recueillir la signature.

5. À l'exception des clients qui présentent une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). L'infirmière doit aussi tenir compte de la valeur initiale mesurée.

6. Au congé, la douleur résiduelle totale devrait être absente ou identique à celle évaluée avant la procédure.
7. La fréquence respiratoire normale chez l'adulte est de 12 à 20 par minute, alors qu'elle est de 16 à 25 chez la personne âgée. Une fréquence respiratoire égale ou inférieure à 8 par minute signifie que le client est en dépression respiratoire. Il s'agit d'une situation d'urgence.
8. Inscrire un astérisque (*) et documenter les particularités dans les notes d'évolution.
9. Si l'infirmière qui administre les médicaments et qui assure la surveillance clinique pendant la coloscopie est la même, elle ne doit inscrire ses initiales qu'à la première observation ou intervention. Elle n'est pas tenue de le faire pour les fois subséquentes.

**MARCHE À SUIVRE LORSQU'IL Y A DES SIGNES ET SYMPTÔMES DE DÉTRESSE
OU DE DÉPRESSION RESPIRATOIRE**

- Aviser le coloscopiste
- Interrompre les narcotiques et médicaments déprimeurs du SNC
- Stimuler la personne à respirer profondément et élever la tête du lit
- Dégager les voies respiratoires
- Évaluer les paramètres q 5 min et PRN jusqu'à l'atteinte d'un degré de sédation inférieur ou égal à 2 et d'une fréquence respiratoire supérieure ou égale à 8 par minute, mesurés au cours de trois évaluations consécutives
- Administrer de l'O₂ pour saturation supérieure à 92 %, selon l'ordonnance
- Se préparer à administrer un antagoniste de la sédation-analgésie, selon l'ordonnance

SIGNATURE/TITRE	INITIALES	SIGNATURE/TITRE	INITIALES

HEURE	NOM DU MÉDICAMENT	DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	INITIALES DE L'INFIRMIÈRE

4. ÉVALUATION EN VUE DU DÉPART DU CLIENT (CRITÈRES DE CONGÉ)¹⁰

- ☐ Aucun antagoniste utilisé pour contrecarrer l'effet d'un opioïde ou d'une benzodiazépine
- ☐ Antagoniste de la sédation-analgésie administré. Le client ayant reçu un antagoniste doit faire l'objet d'une surveillance clinique adéquate sur une période suffisamment longue (**minimum de 120 minutes après la dernière dose d'antagoniste reçue**) pour éviter une sédation de rebond. **L'atteinte des critères de congé indiqués ci-dessous ne doit pas systématiquement servir à autoriser le retour à domicile du client. Le client doit aussi être vu par le médecin avant son départ de l'unité de récupération.**

CRITÈRE	PROPOSITION	SCORE
Motricité	Immobile	☐ 0
	2 membres mobiles	☐ 1
	4 membres mobiles ou mobilité comme à l'arrivée	☐ 2
Respiration	Apnée	☐ 0
	Ventilation superficielle, dyspnée	☐ 1
	Ventilation profonde, toux efficace	☐ 2
Variation de la pression artérielle systolique	+/- 50 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	☐ 0
	De 20 à 50 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	☐ 1
	+/- 20 mm Hg à la valeur mesurée pré-procédure	☐ 2
Conscience	Aréactif	☐ 0
	Réactif à la demande	☐ 1
	Réveillé	☐ 2
Sa O ₂	Inférieure à 90 % malgré l'apport d'oxygène	☐ 0
	Supérieure à 90 % grâce à l'apport d'oxygène	☐ 1
	Supérieure à 92 % à l'air ambiant	☐ 2
TOTAL :		/10
POUR POUVOIR QUITTER L'UNITÉ DE RÉCUPÉRATION, LE CLIENT DOIT OBTENIR UN SCORE MINIMAL DE 9 SUR 10 ET AVOIR FAIT L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE CLINIQUE PENDANT UN MINIMUM DE 30 MINUTES APRÈS LA DERNIÈRE DOSE DE SÉDATION-ANALGÉSIE REÇUE.		
☐ Orientation dans les trois sphères revenue à son état initial ☐ Douleur résiduelle totale absente ou identique à celle évaluée avant la procédure		

10. Ces critères sont inspirés de : Ead, H. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing discharge criteria after ambulatory surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 21(4), 259-267.

Au départ du client (ce qui a été fait ou remis au client) : ☐ Cathéter IV retiré (site et cathéter intact) ☐ Enseignement postintervention dispensé (rappel) ☐ Ordonnance médicale du médecin pour le congé de l'unité d'endoscopie ☐ Retour à domicile ☐ Hospitalisé à une unité de soins ☐ Retour au CH (nom) : _____ ☐ Formulaire d'arrêt de travail signé ☐ Rendez-vous avec le médecin ☐ Cartes d'assurance maladie et d'hôpital remises ☐ Lunettes, dentiers ou autres remis ☐ Heure de départ : _____ ☐ Client ambulant ☐ Client accompagné par : _____ ☐ Client seul (possible seulement avec l'examen sans sédation) ☐ Client hospitalisé ☐ Informations transmises à l'infirmière de l'unité de soins à l'aide du rapport interservices (voir notes complémentaires) ☐ PTI ajusté si besoin	
Notes complémentaires :	
Signature de l'infirmière/titre/initiales	Signature de l'infirmière/titre/initiales

ANNEXE III FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE (AH-702)



DT9241

DEMANDE DE COLOSCOPIE LONGUE

Identification du référent et du point de service Examen demandé par : ☐ Médecin ☐ IPS/médecin partenaire Nom du référent _____ N° de permis _____ Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur Nom du médecin partenaire si IPS _____ N° de permis _____ Nom du point de service _____		Nom et prénom de l'usager _____ Nom de la mère _____ N° d'assurance maladie _____ Expiration _____ Date de naissance (A, M, J) _____ Adresse (n°, rue) _____ Code postal _____ Téléphone _____ Ind. rég. Résidence _____ Ind. rég. Travail _____ N° de poste _____ Ind. rég. Cellulaire _____ Courriel _____								
Signature _____ Date de la demande _____ Année _____ Mois _____ Jour _____ Copie des résultats à : ☐ Médecin de famille ☐ Autre médecin Nom et coordonnées : _____ _____ _____		Demande télécopiée à _____ Nom de l'unité d'endoscopie digestive _____ Référence nominative _____ Indication de la coloscopie (Lorsqu'indiqué, joindre les résultats pertinents à cette demande.) A- Si présence des symptômes suivants ou résultats anormaux								
IN1 ☐ Hémorragie digestive basse (Diriger l'usager vers l'urgence immédiatement) ³ IN2 ☐ Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (Joindre rapport et autres résultats) IN5 ☐ Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles positif (RSOSi +) (Joindre résultat) IN3 ☐ Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII) IN4 ☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) ≥ 40 ans IN6 ☐ Anémie ferriprive documentée non expliquée (Joindre FSC et bilan martial) IN10 ☐ Rectorragie (saignement anorectal avec ou sans hémorroïdes) < 40 ans ⁴		IN7 ☐ Modification récente des habitudes intestinales IN17 ☐ Polypes visualisés par imagerie médicale (Joindre rapport d'imagerie médicale) IN18 ☐ Suspicion de cancer colorectal occulte ⁵ IN19 ☐ Préparation colique inadéquate – coloscopie à refaire IN20 ☐ Suivi de diverticuite (en phase post aiguë) IN12 ☐ Constipation chronique ☐ Diarrhée chronique (Préciser investigations préalables) P1 Immédiat ≤ 24 heures P2 Urgent ≤ 14 jours P3 Semi-électif ≤ 60 jours P4 Électif ≤ 6 mois								
B- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes ayant des antécédents familiaux significatifs⁶ IN8 Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes ⁷ , (Préciser) : ☐ 1 parent de 1 ^{er} degré ⁸ , diagnostiqué avant l'âge de 60 ans ☐ 2 parents de 1 ^{er} degré ⁸ , peu importe l'âge lors du diagnostic ☐ 1 parent de 1 ^{er} degré et 1 parent de 2 ^e degré ⁸ du même côté de la famille, peu importe l'âge lors du diagnostic P4 Électif ≤ 6 mois 1^{re} coloscopie Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition.										
C- Dépistage du cancer colorectal pour les personnes à risque moyen sans antécédents personnels ou familiaux significatifs⁶ IN11 ☐ Après discussion avec l'usager, le médecin traitant choisit plutôt de prescrire la coloscopie malgré la disponibilité du test de RSOSi et sa pertinence comme examen de dépistage du cancer colorectal ¹⁰ . Dernier résultat négatif de RSOSi : Date : _____ Rappel : Si le test RSOSi est négatif, il devrait être répété tous les 2 ans. P5 Prioriser les coloscopies de P1 à P4 avant les coloscopies de P5										
D- Surveillance (contrôle) – Si coloscopie(s) antérieure(s), mais absence de symptômes⁶ <table border="1"> <tr> <th>Antécédents personnels</th> <th>Antécédents familiaux</th> <th>Dernière coloscopie</th> <th rowspan="4"> C Contrôle Voir les algorithmes⁹ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi </th> </tr> <tr> <td> IN14 ☐ Cancer colorectal IN13 ☐ Polypes IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes) </td> <td> IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs </td> <td> Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSi après 10 ans. </td> </tr> </table>				Antécédents personnels	Antécédents familiaux	Dernière coloscopie	C Contrôle Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi	IN14 ☐ Cancer colorectal IN13 ☐ Polypes IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)	IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSi après 10 ans.
Antécédents personnels	Antécédents familiaux	Dernière coloscopie	C Contrôle Voir les algorithmes ⁹ pour le suivi approprié selon la condition. Date ciblée pour faire le suivi							
IN14 ☐ Cancer colorectal IN13 ☐ Polypes IN15 ☐ Surveillance MII (8-10 ans après le début symptômes)	IN21 ☐ Surveillance d'antécédents familiaux significatifs	Date : _____ Lieu : _____ N.B. Personne à risque moyen ayant eu une coloscopie antérieure normale, prescrire RSOSi après 10 ans.								
E- Renseignements complémentaires pertinents <table border="1"> <tr> <td rowspan="4"> Médication Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non Protocole d'anticoagulation : _____ AINS¹¹ : ☐ Oui ☐ Non </td> <td> Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____ </td> </tr> </table>				Médication Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non Protocole d'anticoagulation : _____ AINS ¹¹ : ☐ Oui ☐ Non	Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____					
Médication Anticoagulants : ☐ Oui ☐ Non Antiplaquettaires : ☐ Oui ☐ Non Protocole d'anticoagulation : _____ AINS ¹¹ : ☐ Oui ☐ Non	Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____ Médicament : _____ Indication : _____									
	<table border="1"> <tr> <td> Autres MPOC oxygénéodépendant : ☐ Oui ☐ Non Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non Débitrateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non </td> <td> Diabète traité par : Insuline : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non </td> <td> Hypoglycémiant oraux : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non </td> </tr> </table>	Autres MPOC oxygénéodépendant : ☐ Oui ☐ Non Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non Débitrateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non	Diabète traité par : Insuline : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non		Hypoglycémiant oraux : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non					
	Autres MPOC oxygénéodépendant : ☐ Oui ☐ Non Apnée du sommeil avec appareil : ☐ Oui ☐ Non Stimulateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non Débitrateur cardiaque : ☐ Oui ☐ Non	Diabète traité par : Insuline : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de compréhension : ☐ Oui ☐ Non	Hypoglycémiant oraux : ☐ Oui ☐ Non Insuffisance rénale : ☐ Oui ☐ Non Problèmes de mobilité : ☐ Oui ☐ Non							
	Informations complémentaires : _____ Date de réception : _____									

S'il y a plus d'une indication cochée sur le formulaire de demande de coloscopie, c'est l'indication avec le niveau de priorité le plus élevé qui sera retenue.

RÉFÉRENCES

- ¹ Une copie des résultats doit obligatoirement être envoyée au référent.
- ² Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique. Le référent peut toujours communiquer avec le coloscopiste, s'il le juge nécessaire.
- ³ Définition d'hémorragie digestive basse : rectorragie avec instabilité hémodynamique, chute importante d'hémoglobine ou besoin de transfusion sanguine, ou les trois.
- ⁴ La coloscopie courte (sigmoïdoscopie) est également indiquée comme examen diagnostique.
- ⁵ Syndrome paranéoplasique.
- ⁶ Si l'usager rapporte l'apparition de symptômes, il est de la responsabilité du médecin traitant de faire les suivis appropriés et d'en aviser l'unité d'endoscopie digestive où la requête a été adressée.
- ⁷ Sauf les polypes hyperplasiques < 10 mm présents dans le rectum ou le sigmoïde.
- ⁸ Parent de 1^{er} degré : père/mère, frère/sœur, enfant.
Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle/tante, neveu/nièce.
- ⁹ Les algorithmes sont accessibles au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdccr.
- ¹⁰ L'examen de dépistage recommandé pour les personnes à risque moyen (50-74 ans, asymptomatiques, sans antécédents familiaux ou personnels de cancer colorectal ou de polypes) est le test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). La coloscopie est prescrite à la suite d'un test positif de RSOSi (IN5) pour une confirmation diagnostique.
- ¹¹ Il est inutile de suspendre l'Aspirine, la Persantine ou l'Aggrenox avant la coloscopie.

ANNEXE IV FICHES D'EXEMPLES DE DIÈTES POUR LA COLOSCOPIE

DIRECTIVES SUR LA DIÈTE À RESPECTER EN PRÉPARATION À UNE COLOSCOPIE

Diète de liquides clairs (ne manger aucun aliment solide)

À compter du matin, la veille de votre coloscopie (pas de petit déjeuner normal :

✓ PERMIS : Diète de liquides clairs	Ø INTERDIT
Exemples : ✓ Soupe claire, bouillon ✓ Boissons désaltérantes (ex. : Gatorade – pas rouge, mauve, bleu ou vert) ou boissons gazeuses (7-Up, Ginger Ale, etc.) ✓ Jus de fruits clairs (ex. : jus de pomme, jus de raisin blanc ou jus de canneberge blanc) ✓ Kool-Aid, Jello (pas rouge, mauve, bleu ou vert) ✓ Thé, café (sans crème ou lait) ✓ Sucette glacée (pas rouge, mauve, bleue ou verte) ✓ Eau	PAS de liquides de couleur ROUGE, MAUVE, BLEUE ou VERTE Exemples de ce qui n'est pas permis : - Ø Jus de raisin rouge, d'orange ou d'ananas - Ø Lait ou autres produits laitiers - Ø Lait frappé (<i>milk shake</i>) - Ø Malt - Ø Alcool - Ø Boissons gazeuses foncées (ex. : Coke ou Pepsi) PAS de liquides avec PULPE

Le matin de la coloscopie : vous devriez continuer à boire une diète liquide, mais vous devez

ARRÊTEZ DE BOIRE DES LIQUIDES (même de l'eau) **2 heures** avant votre examen

SVP indiquez tous les aliments pris :

<i>Heure :</i>	<i>Liquides :</i>	<i>Heure :</i>	<i>Liquides :</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DIRECTIVES SUR LA DIÈTE À RESPECTER EN PRÉPARATION À UNE COLOSCOPIE

Diète faible en fibres

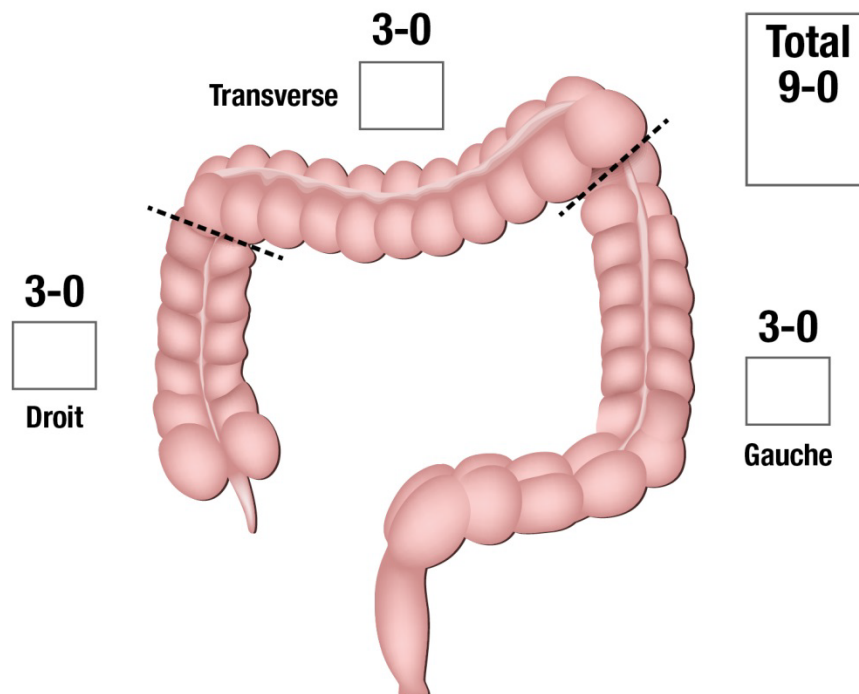
À compter du matin, la veille de votre coloscopie (pas de petit déjeuner normal), jusqu'à l'heure du coucher :

✓ PERMIS : Diète faible en fibres	Ø INTERDIT : tous les aliments non inclus dans la section PERMIS, en particulier
Exemples : ✓ Viande ou poisson bien cuit ✓ Portions limitées de légumes sans la pelure, bien cuits à la vapeur ✓ Fruits en conserve, raisins sans la pelure, melon miel, pêches sans la pelure ✓ Pain blanc, biscottes de type Melba ✓ Riz blanc ou pâtes et nouilles raffinées ✓ Tofu, beurre d'arachide crémeux, œufs Consommer beaucoup de liquides clairs, tels que : ✓ Soupe claire, bouillon ✓ Boissons désaltérantes (ex. : Gatorade – pas rouge, mauve, bleu ou vert) ou boissons gazeuses (7-Up, Ginger Ale, etc.) ✓ Jus de fruits clairs (ex. : jus de pomme, jus de raisin blanc ou jus de canneberge blanc) ✓ Kool-Aid, Jello (pas rouge, mauve, bleu ou vert) ✓ Thé, café (sans crème ou lait) ✓ Sucette glacée (pas rouge, mauve, bleue ou verte) ✓ Eau	- Ø Charcuteries, saucisses - Ø Tous les légumes crus, le maïs, les graines de tomates, les légumes de la famille des crucifères, comme le brocoli, le chou-fleur, le chou de Bruxelles, le chou, le chou frisé, la bette à carde, etc. (même s'ils sont cuits) - Ø Tous les autres fruits - Ø Grains entiers, graines de sésame ou de lin - Ø Blé entier, quinoa, riz sauvage, aliment multigrain - Ø Haricots, lentilles, pois, beurres de noix croquants - Ø Produits laitiers PAS de liquides de couleur ROUGE, MAUVE, BLEUE ou VERTE - Ø Jus de raisin rouge, d'orange ou d'ananas - Ø Lait ou autres produits laitiers - Ø Lait frappé (<i>milk shake</i>) - Ø Malt - Ø Alcool - Ø Boissons gazeuses foncées (ex. : Coke ou Pepsi) PAS de liquides avec PULPE

Le matin de la coloscopie : vous devriez boire une diète de liquides clairs, mais vous devez **CESSER DE BOIRE DES LIQUIDES** (même de l'eau) **2 heures** avant votre examen.

ANNEXE V ÉCHELLE DE BOSTON

Le score est effectué APRÈS le nettoyage.



Segment	Score
Score de BOSTON pour le côlon DROIT	
Score de BOSTON pour le côlon TRANSVERSE (inclut les deux angles)	+
Score de BOSTON pour le côlon GAUCHE	+
Score TOTAL de BOSTON	=

Description visuelle	BBPS score
Muqueuse du segment de côlon parfaitement bien vue, sans aucun résidu de selles ou de liquide teinté	3
Résidus minimes de selles et/ou de liquide teinté, mais la muqueuse du segment de côlon est globalement bien vue	2
Des portions de muqueuse du segment de côlon sont vues tandis que d'autres ne sont pas vues à cause de matières solides et/ou de liquide teinté	1
Segment de côlon non préparé avec muqueuse non visualisée à cause de matières solides qui ne peuvent pas être aspirées	0

Inscrire mention NA si segment chirurgicalement manquant

Source : (Calderwood et autres, 2014)

ANNEXE VI RISQUE ANESTHÉSIQUE SELON LA CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE DU PATIENT DE L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA)

Classe	Description de l'état physique du patient
ASA I	Patient en bonne santé
ASA II	Patient atteint d'une affection systémique légère qui ne limite pas ses activités (ex. : hypertension contrôlée, asthme stable)
ASA III	Patient atteint d'une affection systémique modérée ou sévère qui ne limite pas ses activités (ex. : angine stable, diabète avec séquelle)
ASA IV	Patient atteint d'une affection systémique sévère qui représente un risque constant pour sa vie (ex. : infarctus récent, insuffisance cardiaque sévère, insuffisance rénale aiguë)
ASA V	Patient moribond avec risque imminent de décès dans les 24 heures, qu'il subisse ou non une intervention
ASA VI	Patient cliniquement mort et dont les organes sont prélevés à des fins de transplantation

Source: American Society of Anesthesiologists, <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>. Adaptation de l'ASGE.

ANNEXE VII SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES CLINIQUES EN SÉDATION-ANALGÉSIE

CMQ - OEQ - OPIQ

27

Tableau 3
Surveillance des paramètres cliniques en sédation-analgésie
- Clientèle adulte

Paramètre de surveillance clinique	Patient	Niveau de sédation	Médication	Intervention diagnostique ou thérapeutique
TA, RC ^a , RR ^a et saturation d'O ₂ » Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de : » sédation/ » agitation/ » conscience » douleur » Obligatoire	Chez tous les patients			
Niveau de CO ₂	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
» Obligatoire	» Accès indirect ou restreint au patient (p. ex. : IRM)		» Propofol » Dexmédétomidine » Kétamine	
» Recommandé	» ASA ≥ 3 » Apnée obstructive du sommeil » Maladie respiratoire » Obésité morbide	Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée ^a ou équivalent)		
Monitoring cardiaque	Selon les caractéristiques À titre d'exemple (et sans s'y limiter)	Selon le niveau de sédation	Selon la médication	Selon la durée de l'intervention
» Obligatoire	» ASA ≥ 3 » Maladie cardiaque		» Propofol » Dexmédétomidine » Kétamine	Intervention diagnostique ou thérapeutique prolongée (effet cumulatif de la médication)
» Recommandé		Selon le niveau de sédation (p. ex. : valeur ≥ 4 sur l'échelle de Ramsay modifiée ^a ou équivalent)		

^a Il ne s'agit pas d'une liste limitée des situations cliniques. D'autres situations cliniques peuvent nécessiter le monitoring cardiaque ou du CO₂. Il revient aux professionnels de juger de la situation en fonction de chaque patient.

5 Le pouls doit être évalué en fonction de sa fréquence et de son rythme.

6 La respiration doit être évaluée en fonction de sa fréquence, de son rythme et de son amplitude thoracique et, dans certains cas, selon le résultat de l'auscultation pulmonaire.

Source: (Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2015)

ANNEXE VIII SCORE DE CHADS₂

Le score de CHADS₂ a été conçu dans le but d'évaluer le risque d'accident vasculaire cérébral chez les patients souffrant d'une fibrillation auriculaire (Gage et autres, 2001). Il s'agit d'un outil facile à mémoriser destiné aux médecins non spécialistes en hématologie et leur permettant d'évaluer rapidement le risque thromboembolique d'un patient (Camm et autres, 2010). Cette classification tient compte du risque combiné de plusieurs facteurs dont l'âge, la condition et les antécédents personnels d'événements vasculaires cérébraux. Chaque facteur de risque équivaut à un point, excepté l'antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire, qui équivaut à deux points (voir le tableau ci-dessous). On obtient le score de CHADS₂, de 0 à 6, en additionnant un point pour chaque facteur de risque présent et deux points dans le cas d'un antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire. Plus le score est élevé, plus le risque d'accident thromboembolique est élevé (bas : 0-2, modéré : 3-4, élevé : 5-6). La décision d'interrompre et/ou de renverser ou non une thérapie antithrombotique ou d'administrer une thérapie de relais (*bridge*) doit se prendre de concert avec le médecin traitant, un médecin spécialiste en hématologie ou par une ordonnance collective, et ce, peu importe le score de CHADS₂.

Calcul du score de CHADS₂ (Gage et autres, 2001)

Facteur de risque	Points accordés
Insuffisance cardiaque C ongestive	1
H ypertension	1
Â ge ≥ 75 ans	1
D iabète	1
Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (S pour <i>stroke</i>)	2