Santé
et Services sociaux
Québec

Recommandations sur les niveaux d'adaptation des activités d'endoscopie (secteur urologie)

Novembre 2020.

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

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

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

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

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

Considérations générales

1. Tous les cas, peu importe les types d'interventions endoscopiques, doivent faire l'objet d'une évaluation clinique au cas par cas, selon l'urgence de l'intervention à réaliser. Tout patient dont l'état clinique change doit faire l'objet d'une réévaluation le cas échéant. Les exemples et délais dans ce document se veulent un guide et non une liste exhaustive ou prescription. Si une alternative à l'examen endoscopique délesté est disponible, cette possibilité doit être évaluée par le comité local d'endoscopie en fonction de la capacité de procéder à l'examen alternatif dans l'autre secteur de l'hôpital;
2. À noter que ce document s'adresse à une clientèle adulte.

ENDOSCOPIE UROLOGIQUE EN PÉRIODE DE PANDÉMIE DE LA COVID-19 – 2020						
Niveau d'alerte provincial	**Type d'examen**	**Exemples**	**Délai optimal**	**Délai maximal**	**Recommandations**	**Précisions**
1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	Le délai depuis la dernière cystoscopie doit être considéré pour la priorisation.
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
		• Incontinence urinaire • SBAU réfractaire sans rétention • Infection urinaire • Autres pathologies non urgentes	< 6 mois	< 12 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé • Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois pour 2 ans et ensuite - aux 6 mois pour 2 ans et annuelle	
		• Tumeur à risque faible	3 mois	3 mois	Cystoscopie - à 3 mois et annuelle par la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Suite 1 et 2 **<u>Maintenir 70-90 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **≥ 70% de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	ÉTUDE URODYNAMIQUE ET VIDÉO-URODYNAMIQUE	Reprise totale				
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 3 mois	< 12 mois		
		• Biopsie de suivi pour les patients sous surveillance active avec ou sans APS stable et TR normal	À la suite	À la suite		
		• Les échographies prostatiques seules sans biopsie peuvent être considérées	À la suite	À la suite		
	Autres	• Les pyélographies rétrogrades, le botox intra-vésical et les cystostomies électives doivent être repris	À la suite	À la suite		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
		• Hématurie microscopique asymptomatique	< 3 mois	< 6 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé • Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois pour 2 ans - aux 6 mois pour 2 ans et annuelle par la suite	
		• Tumeur à faible risque	3 mois	3 mois	Cystoscopie - à 3 mois et annuelle par la suite	

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Suite 3 **<u>Maintenir 50-70 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **50-70 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Liste de médicaments en pénurie connue**	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		
		• Biopsie de confirmation pour surveillance active • APS < 10 avec TR normal	< 3 mois	< 12 mois		

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
4 **<u>Maintenir 30 à 50 % de l'activité régulière</u>** **Prérequis :** • **30-50 % de taux de disponibilité du personnel** • **Disponibilité des ÉPI** • **Médicaments pour une période donnée et un % du taux de fonctionnement p/r à habituel (voir pharmacie)**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo-urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone chaude et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
		• L'hématurie microscopique avec symptômes de remplissage	< 1 mois	< 2 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeur à risque élevé suivi pour la première année après la dernière résection	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année	
		• Tumeur à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas (considérer la première année du suivi)	
		• Tumeur à risque faible	3 mois	3 mois	Reprendre seulement 1re cystoscopie de suivi à 3 mois	
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases • cT2 et APS < 20, si moins de 75 ans Pirads 4 et 5 à l'IRM	< 1 mois	< 2 mois		Pour les suspicions de métastases: selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

Niveau d'alerte provincial	Type d'examen	Exemples	Délai optimal	Délai maximal	Recommandations	Précisions
Activités essentielles - ne pas délester **<u>Maintenir 15 % de l'activité habituelle</u>** **Pénurie identifiée de :** • **< 30 % des ressources humaines en place; pénurie étendue à l'ensemble des autres secteurs de l'hôpital;** • **Disponibilité d'ÉPI;** • **Lits d'hospitalisation et de soins intensifs**	CYSTOSCOPIE Manipulations endo-urologique urgentes	• Calcul urétéral symptomatique non soulagé • Calcul urétéral avec insuffisance rénale aiguë • Calcul urétéral infecté • Calcul urétéral sur rein unique • Rétention urinaire avec incapacité d'installer une sonde urinaire	< 24 heures	< 24 heures	Les cas nécessitant une manipulation endo- urologique considérée urgente devraient être maintenus pour tous les patients en zone et avec protection appropriée.	
		• Suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie • Hématurie macroscopique	< 1 mois	< 1 mois		
	Suivi de cancer de vessie	• Tumeurs à risque élevé suivi pour la première année après la dernière résection	3 mois	3 mois	Cystoscopie - aux 3 mois et étendre aux 6 mois pour la deuxième année	
		• Tumeurs à risque intermédiaire	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas (considérer la première année du suivi)	
		• Tumeurs à risque faible	3 mois	3 mois	Évaluer au cas par cas	
	BIOPSIE PROSTATIQUE ÉCHOGUIDÉE	Tumeurs présumées agressives • cT3 au TR • APS supérieur ou égal à 20 • Suspicion de métastases	< 1 mois	< 1 mois		Pour les suspicions de métastases : selon l'état clinique permettant un traitement adjuvant à l'hormonothérapie initiale.

Personnes ayant contribué à la réalisation de ce document

Dr Mathieu Bettez, urologue, CISSS de Laval

Dr Gaëtan Duchesnay, urologue, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du Centre hospitalier affilié universitaire régional

Dr Steven P. Lapointe, urologue, CISSS de Laval et président de l'Association des urologues du Québec

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

M. Oronzo De Benedictis, conseiller, PQC, MSSS