
DIRECTION
QUÉBÉCOISE
DU CANCER

**NORMES DE PRATIQUE CLINIQUE
RELATIVES À LA COLOSCOPIE**

Mars 2012

Pour renseignements et commentaires, s'adresser à :

Direction québécoise du cancer
1075, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

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.

Tous droits réservés pour tous les 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 partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, Mars 2012

Le document « Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie » a été préparé par le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique, mandaté par la Direction québécoise du cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sous la coordination de Mme Marlène Champagne.

Ce document met à jour le document portant sur les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie diffusé en mai 2010 par la Direction de la lutte contre le cancer et présente une deuxième version comprenant six normes supplémentaires. Ce document sera révisé périodiquement afin que son contenu soit toujours basé sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

Encadrement et orientation

Dr Antoine Loutfi, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Brigitte Laflamme, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Marie Rochette, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordonnatrice du projet

Mme Marlène Champagne, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Rédaction¹

Dr Alan Barkun, gastroentérologue, Hôpital général de Montréal (CUSM)

Mme Marlène Champagne, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Collaboration à la rédaction

M. Éric Potvin, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Élaboration et révision

Groupe de travail sur les normes de pratique clinique

Dr Alan Barkun, *président*, gastroentérologue, Hôpital général de Montréal (CUSM)

Dr Marc Bradette, gastroentérologue, Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)

Dre Carole Richard, chirurgienne, Hôpital Saint-Luc (CHUM)

Dr Martin Rouillard, chirurgien, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Dre Françoise Naud, pathologiste, Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)

Dr Jean-Pierre Émond, biochimiste clinique, Hôpital Notre-Dame (CHUM)

Dr Pierre Chevrier, médecin biochimiste, Hôtel-Dieu de Sherbrooke (CHUS)

¹ Nous remercions Mme Catherine Gonthier, ex-membre de la Direction de la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour avoir collaboré à l'élaboration de la première version du document portant sur les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie.

Mme Maria-Helena Dias, infirmière clinicienne spécialisée en médecine interne, Hôpital général de Montréal (CUSM)

Dr Victor Plourde, président de l'Association des gastroentérologues du Québec (AGEQ)

Dr Roger Grégoire, président de l'Association québécoise de chirurgie (AQC)

Mme Marlène Champagne, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Guy Roy, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Éric Potvin, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Autres personnes ayant collaboré à l'élaboration des normes de pratique clinique relatives à la coloscopie

M. Jérôme Ouellet, infirmier-conseil, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)

Mme Marie-Andrée Régis, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Louise Paquet, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Mme Mélanie Kavanagh, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Gilles Jobin, gastroentérologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)

Dr Pierre Hallé, gastroentérologue, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ)

Dre Jeannine Kassis, hématologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)

Dr Roger Huot, cardiologue, Institut de cardiologie de Montréal

Dr Jacques Ricard, Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, ministère de la Santé et des Services sociaux

Les membres du comité consultatif en anatomopathologie de la DQC, présidé par le docteur Bernard Têtu, anatomopathologiste, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Les professionnels et gestionnaires provenant des sites de démonstration des services de coloscopie et du PQDCCR

AVANT-PROPOS

Depuis plusieurs mois, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) planifie le déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR). L'objectif est de répondre à la mesure 24 des *Orientations prioritaires 2007-2012* du Programme québécois de lutte contre le cancer, qui prévoit assurer l'accès au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang occulte dans les selles immunochimique (RSOSi) chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. La coloscopie² est l'examen retenu pour la confirmation diagnostique.

Afin de tester les opérations et la mise en œuvre du PQDCCR avant qu'il soit déployé à large échelle, huit sites de démonstration ont été désignés à la suite d'un appel de candidatures (trois à vocation locale, deux à vocation régionale et trois à vocation universitaire).

Ces projets de démonstration sont en déploiement selon les deux phases suivantes :

- ♦ Phase 1 : assurer l'accès à la coloscopie à toutes les personnes qui requièrent cet examen en fonction des normes cliniques et organisationnelles retenues;
- ♦ Phase 2 : tester les activités du programme de dépistage lorsque l'accès à la coloscopie sera assuré, cela en respectant les normes proposées.

Ainsi, avant de déployer un programme de dépistage à large échelle, toutes les coloscopies devront répondre aux garanties de qualité et d'accès pour toutes les clientèles requérant cet examen.

La Direction québécoise du cancer (DQC) rend disponible la deuxième version des normes de pratique clinique en coloscopie élaborées par le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique en coloscopie, présidé par le docteur Alan Barkun. Ce groupe de travail avait comme mandat de définir les normes relatives à la coloscopie, ainsi que les algorithmes et outils contribuant à une pratique optimale en coloscopie.

Le présent document intègre toutes les normes présentes dans le rapport diffusé en mai 2010 (*Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie*). Les normes et outils qui s'ajoutent sont liés aux compétences des coloscopistes, des infirmières et infirmières auxiliaires, à la gestion des antithrombotiques, au rapport standardisé de coloscopie, à la prise en charge selon la condition (algorithmes), à l'histopathologie ainsi qu'au formulaire de demande de coloscopie et au formulaire d'évaluation et de surveillance pré, per et postcoloscopie. Ces normes visent à assurer la qualité des actes posés en fonction des meilleures données scientifiques disponibles à ce jour.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) a adopté 10 critères de qualité relatifs à l'ensemble des coloscopies réalisées au Québec [5]. Ces critères se retrouvent dans les normes élaborées par le Groupe de travail sur les normes de pratique clinique. Toutefois, les normes ministérielles sont plus détaillées que celles du CMQ, cela afin de faciliter leur application et leur évaluation.

² Dans ce document, le terme *coloscopie* est toujours utilisé pour désigner une coloscopie longue.

La DQC, en collaboration avec les associations médicales concernées, rendra également disponible un programme de développement et de maintien des compétences en coloscopie afin de soutenir les coloscopistes dans l'application des normes cliniques présentées dans ce document.

Par ailleurs, en septembre 2011, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) a diffusé des lignes directrices visant à encadrer l'exercice infirmier en endoscopie digestive [105]. 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. La plupart de ces standards sont intégrés aux normes de pratique clinique en soins infirmiers élaborées par le groupe de travail.

Les normes de pratique clinique seront d'abord mises en place, testées et évaluées lors de l'implantation des projets de démonstration, au cours desquels une surveillance permettra d'évaluer leur application, l'atteinte des cibles et de faire les ajustements requis.

De plus, afin d'assurer des services de qualité pour toutes les personnes qui requièrent une coloscopie, les normes de qualité contenues dans le présent document sont applicables à l'ensemble des coloscopies effectuées au Québec, et ce, à toutes les étapes du cheminement de la clientèle.

Enfin, la DQC 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 groupe de travail et les autres intervenants qui ont collaboré à leur élaboration dans la perspective du déploiement du PQDCCR.

TABLE DES MATIERES

MÉTHODE	10
1. NORMES ET OUTILS RELATIFS À LA COLOSCOPIE	12
1.1 Compétences en coloscopie : octroi des privilèges, formation et maintien des compétences des coloscopistes.....	12
1.2 Compétences en coloscopie : normes cliniques dans le cadre du continuum de soins infirmiers en coloscopie	15
1.3 Gestion des requêtes en coloscopie	18
1.4 Préparation colique.....	20
1.5 Qualité de la préparation intestinale.....	24
1.6 Antibioprophylaxie	25
1.7 Sédation	26
1.8 Thérapie antithrombotique	28
1.9 Intubation jusqu'au cæcum	34
1.10 Temps de retrait.....	35
1.11 Résection de polypes (polypectomie)	36
1.12 Événements cliniques significatifs liés à la coloscopie	42
1.13 Rapport standardisé de coloscopie.....	51
1.14 Prise en charge en fonction du risque et suivi clinique selon la condition.....	54
1.15 Histopathologie.....	62
RÉFÉRENCES.....	64

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

TABLEAU 1. CRITÈRES DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE COLOSCOPIE DU CMQ	11
TABLEAU 2. EXEMPLES DE PRÉPARATIONS COLIQUES STANDARDISÉES À UTILISER AVANT UNE COLOSCOPIE CHEZ L'ADULTE	22
TABLEAU 3. NIVEAU DE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE SELON LES CONDITIONS DE SANTÉ	32
TABLEAU 4. TECHNIQUES RECOMMANDÉES POUR LA RÉSECTION DE POLYPES SELON LE TYPE ET LA TAILLE.....	38
TABLEAU 5. COMPARAISON DES CLASSIFICATIONS DES POLYPES (CLASSIFICATION STANDARD ET PARIS-JAPON)	41
TABLEAU 6. COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT UN SAIGNEMENT/HÉMORRAGIE.....	47
TABLEAU 7. COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT UNE PERFORATION.....	48
TABLEAU 8. COLLIGER LES INFORMATIONS CONCERNANT TOUT AUTRE ÉVÉNEMENT CLINIQUE SIGNIFICATIF (ECS)	49
TABLEAU 9. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CLINIQUES DU SYNDROME DE LYNCH : CRITÈRES D'AMSTERDAM II ET CRITÈRES DE BETHESDA.....	56
FIGURE 1. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUS THÉRAPIE ANTITHROMBOTIQUE EN VUE D'UNE COLOSCOPIE THÉRAPEUTIQUE.	33
FIGURE 2. ALGORITHME DE SUIVI ET DE CONSIGNATION DES ÉVÉNEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS LIÉS À LA COLOSCOPIE	46
FIGURE 3. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES À RISQUE MOYEN DE CCR	57
FIGURE 4. SCHÉMA RÉCAPITULATIF DU SUIVI CLINIQUE RECOMMANDÉ À LA SUITE D'UN TEST DE RSOS.....	58
FIGURE 5. ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES À RISQUE LÉGÈREMENT OU MODÉRÉMENT ACCRU DE CCR	59
FIGURE 6. ALGORITHME DE SURVEILLANCE POUR LES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE POLYPES.....	60
FIGURE 7. ALGORITHME DE SURVEILLANCE POUR LES PERSONNES AVEC ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE CCR.....	61
ANNEXE A : FORMULAIRE D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE CLINIQUE EN COLOSCOPIE	71
ANNEXE B : FORMULAIRE DE DEMANDE DE COLOSCOPIE.....	78
ANNEXE C : RISQUE ANESTHÉSIE SELON LA CLASSIFICATION DE L'ÉTAT PHYSIQUE DU PATIENT DE L'AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS (ASA).....	80
ANNEXE D : SCORE DE CHADS ₂	82
ANNEXE E : CHEMINEMENT OPTIMAL EN COLOSCOPIE POUR TOUTE CLIENTÈLE QUI REQUIERT CET EXAMEN ET DÉLAIS ASSOCIÉS	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ACCP	American College of Chest Physician
ACG	American College of Gastroenterology
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AGA	American Gastroenterological Association
AINS.....	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AFAP.....	Attenuated familial adenomatous polyposis
AGEQ.....	Association des gastroentérologues du Québec
ASA.....	American Society of Anesthesia
ASGE	American Society for Gastrointestinal Endoscopy
ASMIQ	Association des spécialistes en médecine interne du Québec
AQC	Association québécoise de chirurgie
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
DQC	Direction québécoise du cancer
DSI.....	Direction des soins infirmiers
ECS.....	Événement clinique significatif

EMR Endoscopic mucosal resection

FAP Familial adenomatous polyposis

FDA..... Food and Drug Administration

Hb Hémoglobine

HFPM..... Héparine de faible poids moléculaire

HNF..... Héparine non fractionnée

HNPCC Hereditary non-polyposis colorectal cancer

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

LBDC Lavement baryté double-contraste

LII..... Loi sur les infirmières et infirmiers

LSSS..... 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 Guidelines Clearinghouse

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence

NZGG..... New Zealand Guidelines Group

OIIQ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

OIIAQ Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires 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 Recherche de sang occulte dans les selles immunochimique

SFED Société française d'endoscopie digestive

USPSTF US Preventive Services Task Force

MÉTHODE

Tel que décrit dans l'avant-propos, la phase 1 des projets de démonstration vise à vérifier l'application des critères de qualité relatifs à la coloscopie présentés dans le présent document. Cette première phase servira également à apprécier l'applicabilité des délais d'accès médicalement acceptables pour toutes les personnes qui requièrent cet examen.

Un groupe de travail ministériel formé d'experts du réseau a reçu le mandat d'établir l'ensemble des normes de pratique clinique pour toutes les étapes de la trajectoire associée à la coloscopie.

Le MSSS réitère l'importance de pratiquer la coloscopie selon les meilleurs standards de qualité dans la mise en place du Programme systématique de dépistage du CCR. À cet effet, les critères de qualité énumérés par le CMQ présentés dans le tableau 1 et les lignes directrices qui seront publiées par l'OIIQ sont intégrés dans le présent document, qui prend en considération tous les aspects associés à l'utilisation de la coloscopie en confirmation diagnostique, suivant une RSOS positive, chez des personnes asymptomatiques et à risque moyen de CCR.

L'élaboration et la révision des normes pour la coloscopie décrites dans le présent document ont été effectuées selon l'approche adoptée par le *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) [89] pour l'élaboration 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 le comité d'experts actuel révisé périodiquement le niveau des preuves scientifiques pour chacune des normes et apprécie l'applicabilité de celles-ci en s'appuyant sur les données fournies par les projets de démonstration.

À l'aide de l'outil de recherche informatique *PubMed*, une révision de la documentation scientifique pertinente à partir des tout premiers débuts de la banque jusqu'à novembre 2010 a été effectuée en utilisant des mots clés en lien avec la compétence des intervenants, la pratique de la coloscopie, la prise en charge et le suivi clinique des patients, et ce, pour toutes les normes incluses dans le présent document. La bibliographie des publications consultées 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.

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 groupe de travail ont été citées tout au long du document afin d'appuyer les normes retenues ou pour répondre à des questions précises.

Finalement, des experts extérieurs au groupe de travail reconnus dans les différentes spécialités en lien avec la coloscopie, autres que l'endoscopie digestive, ont été consultés afin d'obtenir leurs commentaires et leurs suggestions.

Tableau 1. Critères de qualité en matière de coloscopie du CMQ

1.	La coloscopie doit permettre de visualiser et d'intuber le cæcum dans 85 à 90 % des cas de coloscopies diagnostiques, et dans 95 % des coloscopies de dépistage. La photographie des repères anatomiques du cæcum est requise comme élément de preuve à l'appui d'intubation cæcale.
2.	Le temps de retrait minimal moyen doit être de 6 minutes.
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 : <ul style="list-style-type: none"> • pour la perforation intestinale : < 1/1000 de tous les patients et < 1/2000 lorsqu'il s'agit de coloscopies de dépistage; • pour les saignements post-polypectomie : il doit être inférieur à 1 %.
5.	Le 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'examen 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.

1. NORMES ET OUTILS RELATIFS À LA COLOSCOPIE

La section qui suit regroupe l'ensemble des normes cliniques et outils de pratique relatifs à la coloscopie développés 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 testée au cours des phases 1 et 2 des projets de démonstration du PQDCCR.

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

Application/Responsabilité

Coloscopistes

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 CMQ et par le CMDP de son établissement.

La pratique continue est nécessaire afin de maintenir les compétences cognitives et techniques associées à l'exécution d'une procédure médicale (dans ce cas-ci, la coloscopie) et de réduire les risques de complications associées [1-4]. 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.

Les normes de compétences et de volume décrites dans le présent document s'appliquent aux médecins qui effectueront des coloscopies pour le PQDCCR. Toutefois, toutes les normes établies par le groupe de travail, incluant celles visant les compétences, pourront être graduellement applicables à l'échelle de la province et non uniquement au PQDCCR. Cette démarche est en cohérence avec le travail effectué par le CMQ, qui a adopté 10 critères de qualité pour l'ensemble des coloscopies réalisées au Québec, lesquels sont inclus dans les normes proposées par le groupe de travail [5]. L'approche est également en cohérence avec les recommandations sur les compétences nécessaires à la pratique de la coloscopie publiées en mai 2010 par l'Association des gastroentérologues du Québec (AGEQ) [90].

Ces normes pourront être testées et évaluées dans le cadre des projets de démonstration sur les services de coloscopie et le PQDCCR. De plus, un programme de développement et de maintien des compétences en coloscopie sera élaboré afin de soutenir les coloscopistes 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, sous recommandation du CMDP. Ils sont octroyés pour une durée maximale de trois ans et renouvelés pour un minimum de deux ans, à moins que la demande de renouvellement vise une durée inférieure (article 242 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)). 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 satisfassent aux normes relatives à la qualité des examens [1, 6]. Chaque compétence doit être justifiée par des preuves documentées [7].

En fonction du type d'établissement ou d'équipe (suprarégionale, régionale ou locale), les exigences peuvent être plus élevées dans certains milieux, mais en aucun cas inférieures aux critères de compétence et de qualité des examens énoncés dans ce document.

Formation en coloscopie

Tous les coloscopistes doivent avoir effectué, sous la supervision d'un médecin coloscopiste reconnu par un programme de formation en spécialité (gastroentérologie ou chirurgie), une formation en coloscopie qui leur a permis [6, 8-10] :

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

Maintien des compétences

Selon la formation initiale des médecins et leur expérience en coloscopie [2], les compétences requises pour effectuer cette procédure peuvent varier.

1. Médecins nouvellement certifiés en gastroentérologie ou en chirurgie générale

Ces médecins ont terminé dans les deux dernières années un programme de résidence spécialisé ou surspécialisé qui offre une formation reconnue dans la pratique de la coloscopie et validée par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Ces médecins ont les compétences requises si, ces 2 dernières années, ils ont :

- effectué au moins 150 coloscopies par an;
- satisfait chaque année aux normes relatives à la qualité des examens;
- détenu les privilèges octroyés par le CMDP de leur établissement pour la pratique de la coloscopie;
- été membres en règle du CMQ;
- adhéré au programme de maintien des compétences du CRMCC **OU** maintenu leurs compétences en coloscopie par une formation continue reconnue par le CMQ ou le CRMCC.

2. Gastroentérologues ou chirurgiens généraux actifs

Ces médecins, excluant les résidents des programmes de gastroentérologie et de chirurgie, ont une formation reconnue pour la pratique de la coloscopie et ont effectué de façon régulière des coloscopies, c'est-à-dire un minimum de 450 coloscopies dans les 3 dernières années [11], avec un seuil minimal annuel de 150 coloscopies.

Ces médecins ont les compétences requises s'ils :

- effectuent minimalement 150 coloscopies par an;
- satisfont chaque année aux normes relatives à la qualité des examens;
- détiennent les privilèges octroyés par le CMDP de leur établissement pour la pratique de la coloscopie;
- sont membres en règle du CMQ;
- adhèrent au programme de maintien des compétences du CRMCC **OU** maintiennent leurs compétences en coloscopie par une formation continue reconnue par le CMQ ou le CRMCC.

3. Médecins diplômés d'une formation autre que la gastroentérologie ou la chirurgie générale et qui effectuent des coloscopies (p. ex. : spécialité en médecine interne)

Une disposition de dérogation est prévue pour les médecins spécialisés en médecine interne qui font **150 coloscopies ou plus par année**. Ces médecins n'ont pas à se soumettre à une formation ou à un entraînement formel en coloscopie, mais doivent répondre aux mêmes critères de compétence que les gastroentérologues et chirurgiens **actifs** (voir section 2 ci-dessus).

Pour que les compétences des médecins qui **effectuent moins de 150 coloscopies annuellement**

soient reconnues, ceux-ci doivent suivre avec succès une formation officielle et reconnue en coloscopie et répondre aux 4 critères mentionnés dans la sous-section « Formation en coloscopie ». Ils doivent également fournir à l'établissement les preuves écrites de la réussite de cette formation [2].

Par la suite, ces médecins devront :

- 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 CRMCC **OU** maintenir leurs compétences en coloscopie par une formation continue reconnue par le CMQ ou le CRMCC.

Une formation accélérée ou un autoapprentissage ne peuvent en aucun cas être considérés suffisants pour répondre aux critères de compétence liés à la coloscopie [9].

Revalidation des compétences

Lorsque le volume annuel d'interventions pratiquées n'atteint pas le seuil minimal de 150 coloscopies mais se situe au-dessus de 100 coloscopies, un avertissement du CMDP doit être envoyé au coloscopiste concerné et à son chef de département.

Toutefois, une revalidation des compétences doit être réalisée si :

- le volume de coloscopies du médecin se trouve sous le seuil de 100 coloscopies pour une année (p. ex. : en congé de maternité ou en formation une partie de l'année);
- le coloscopiste n'atteint pas le seuil minimal annuel de 150 coloscopies pendant 2 années consécutives;
- le coloscopiste a abandonné la pratique de la coloscopie pour une période supérieure à une année;
- le coloscopiste ne satisfait pas aux normes relatives à la qualité des examens.

Le processus de revalidation ainsi que les critères à satisfaire devront être élaborés et décrits dans le futur programme de développement et de maintien des compétences en coloscopie.

Un certain nombre d'étapes respectant des standards d'évaluation et de maintien des compétences reconnues pourraient être incluses dans le processus de revalidation, dont :

- 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 et de maintien des compétences);
- une formation médicale continue (aspects cognitifs) ou une formation pratique (aspects techniques), ou les deux, sur la procédure. Le CMQ et les équipes suprarégionales spécialisées en cancers du système digestif-bas pourraient participer au volet formation. En effet, le processus de revalidation des compétences des coloscopistes pourrait s'effectuer dans les équipes suprarégionales spécialisées en cancers du système digestif-bas, où plusieurs experts sont disponibles, plutôt que par une révision par un seul coloscopiste expert. Toutefois, les centres suprarégionaux pourraient déléguer à d'autres centres cette responsabilité (p. ex. : dans certaines régions plus éloignées).

Au cours du processus de revalidation, des privilèges temporaires en coloscopie pourront être alloués pour une période de six mois. Après la période de revalidation de six mois, la performance du coloscopiste, basée sur le respect des normes relatives à la qualité des examens, sera réévaluée par le CMDP et le chef de département. Si elles sont atteintes, les privilèges en coloscopie pourront alors être accordés pour la période habituelle de deux ans.

Cibles/Indicateurs

100 % des coloscopistes participant aux projets de démonstration doivent effectuer un minimum de 150 coloscopies par année.

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 en coloscopie élaborées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) [105] précisent l'ensemble des rôles, activités et responsabilités des infirmières dans les unités d'endoscopie³, la formation et les compétences requises, ainsi que les mesures pour assurer le maintien de ces compétences afin d'assurer à la clientèle 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 dispensés en endoscopie digestive impliquent des activités d'évaluation et de surveillance clinique de l'état de santé du client, ces deux activités étant réservées à l'infirmière [selon la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII)] [12]. Dans l'optique d'assurer la sécurité et la qualité des soins, l'évaluation et la surveillance clinique dans ce secteur d'activités requièrent que l'infirmière détienne l'expertise et les compétences requises en regard de la coloscopie et des interventions (p. ex. : polypectomie) pouvant être réalisées pendant celle-ci de même qu'en sédation-analgésie, afin d'intervenir adéquatement auprès du client, au besoin en collaboration avec le médecin, y compris dans les cas de complications (p. ex. : dépression du système nerveux central, arrêt cardiorespiratoire, choc vagal, perforation, hémorragie).

Les sections qui suivent précisent, entre autres, quels sont les rôles, exigences et responsabilités attendus, par exemple, des conseils des infirmières et infirmiers (CII), des directrices de soins infirmiers (DSI), des infirmières et des infirmières auxiliaires.

Directrice des soins infirmiers (DSI)

Application et exigences

Conformément aux articles 207 et 208 de la LSSSS [13], sous l'autorité du directeur général, la DSI doit, pour chaque centre exploité par l'établissement :

- surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés dans le centre;
- veiller au bon fonctionnement des CII et s'assurer que ce conseil apprécie adéquatement les actes infirmiers posés dans le centre;
- planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins du centre.

Responsabilités

Dans le cadre de l'exercice infirmier en coloscopie, conformément aux lignes directrices publiées par l'OIIQ [105] 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 (et le maintien et la mise à jour de celles-ci)];
- de contribuer au processus de gestion qui touche l'organisation et l'environnement des soins;
- de développer des règles de soins infirmiers, lorsque requis.

³ Précisons qu'il s'agit des unités d'endoscopie ou des contextes de pratique où un anesthésiste n'est pas présent sur place.

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 leurs membres dans le centre;
- de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par leurs 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 et infirmiers;
- toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Infirmières

Application et responsabilités

Conformément à son champ d'exercices et aux activités qui lui sont réservées dans la LII [14], l'infirmière dans le cadre de sa pratique en coloscopie est appelée, selon les normes reconnues à :

- effectuer l'évaluation et la surveillance clinique du client à l'aide d'un formulaire d'évaluation et de surveillance clinique conforme au contenu présenté à l'annexe A, tout au long du continuum de soins. L'évaluation et la surveillance clinique doivent être adaptées à la condition clinique du client en pré, per et postcoloscopie.
 - En précoloscopie, l'évaluation que réalise l'infirmière comprend notamment l'identification des facteurs de risques que présente le client (ex. : détermination du risque ASA, identification d'anomalies respiratoires ou cardiaques par l'auscultation).
 - En percoloscopie, la surveillance clinique⁴ étroite ou continue que doit réaliser et assurer l'infirmière découle essentiellement de la sédation-analgésie administrée par voie intraveineuse au client ou encore des complications de la coloscopie et des interventions thérapeutiques réalisées lors de cette dernière.
 - En postcoloscopie, l'évaluation que complète l'infirmière vise essentiellement à poser un jugement clinique qui permet de déterminer si le client 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 à la clientèle;
- préparer et administrer des médicaments par la voie intraveineuse;
- intervenir promptement auprès du client en cas de complications;
- collaborer au besoin avec le médecin endoscopiste lors de l'intervention, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe de soins;
- fournir une aide technique⁵ 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, en aucun cas l'infirmière ne devrait se voir attribuer la responsabilité directe de la progression⁶ 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.

⁴ Lorsque la condition de santé du client l'exige, il arrive que la surveillance clinique étroite de ce dernier se poursuive en postcoloscopie.

⁵ 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 client 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 client.

⁶ Dans ce cas-ci, la progression de l'endoscope comprend l'insertion, l'avancement et le retrait de ce dernier.

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 imputable 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 [15], l'infirmière auxiliaire peut :

- En pré et postcoloscopie :
 - contribuer à l'évaluation du client :
 - 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 de 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 [14]. 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 client :
 - prendre les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle) et mesurer la saturation pulsatile en oxygène;
 - collaborer à l'enseignement au client;
 - installer ou retirer un cathéter intraveineux périphérique court.
- En percoloscopie :
 - fournir une aide technique au médecin endoscopiste lorsque requis pour maintenir l'endoscope ou un instrument dans une position particulière ou pour effectuer une poussée abdominale à la demande du médecin endoscopiste. Sur le plan de la réalisation technique de la coloscopie, en aucun cas l'infirmière auxiliaire ne devrait se voir attribuer la responsabilité directe de la progression⁷ 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. Elle doit aussi se conformer au règlement de son ordre professionnel, qui exige un minimum d'heures de formation continue suivies sur une période de référence donnée. Au même titre que les autres professionnels, l'infirmière auxiliaire est imputable des actes professionnels qu'elle pose.

Cibles/Indicateurs

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

⁷ 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 d'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. La gestion des requêtes permet également aux unités d'endoscopie d'améliorer l'accès en allouant les ressources disponibles en fonction des besoins cliniques du patient [16].

Les chefs d'unité d'endoscopie ont comme responsabilité de s'assurer que les délais d'accès en coloscopie, différents selon le niveau de priorité des requêtes reçues dans leur unité, soient respectés.

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 les médecins référents utilisent un formulaire de demande de coloscopie indiquant clairement le niveau de priorité de la requête médicale et l'état général du patient. Le formulaire de demande de coloscopie utilisé par les sites de démonstration est présenté en annexe B.

Un coloscopiste doit assigner un niveau de priorité à chaque requête reçue à l'unité d'endoscopie, et ce niveau de priorité doit être réévalué périodiquement. Une infirmière soutenue par une agente administrative peut effectuer cette assignation et le suivi qui en découle, à condition que cette dernière soit formée, que son rôle et ses responsabilités soient clairement définis, et que des mécanismes d'encadrement soient développés et mis en application pour la guider dans sa pratique.

Le niveau de priorité doit être établi selon les critères suivants [17] :

Niveau	Priorité
Immédiat	≤ 24 heures P1 - Hémorragie digestive basse
Urgent	≤ 14 jours P2 - Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie basse ou l'examen clinique
Semi-électif	≤ 60 jours P3 - Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active - Rectorragie (saignement anorectal > 40 ans) - Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS +) - Anémie ferriprive documentée, non expliquée - Modification récente des habitudes intestinales

Électif	<p>≤ 6 mois P4</p> <p>- Patients à haut risque de développer un cancer colorectal en raison d'une pathologie familiale/héréditaire :</p> <p><i>(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 adénomateux ou de cancer colorectal ne sont pas concernés.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Histoire familiale de cancer colorectal ou de polypes adénomateux • Cancer colorectal héréditaire sans polypose (HNPCC) ou syndrome de Lynch • Polypose adénomateuse familiale (FAP) • Polypose adénomateuse familiale atténuée (AFAP) • Syndrome de Peutz-Jeghers • Polypose juvénile <p>- Rectorragie (saignement anorectal < 40 ans)</p>
Autres	<p>Aucun délai fixé P5</p> <p>- Dépistage pour personnes à risque moyen de cancer colorectal</p> <p>- Constipation ou diarrhée chronique</p> <p>N.B. : Toutes les autres indications de coloscopie doivent être priorisées avant de céduer des coloscopies de dépistage.</p>
Contrôle et surveillance	<p>La norme 1.14 sur la prise en charge en fonction du risque et de la condition présente des algorithmes indiquant les délais à respecter dans ce contexte.</p>
<p>Toute personne qui ne s'est pas présentée à un premier rendez-vous pour la coloscopie ou pour qui une deuxième coloscopie est nécessaire (p. ex. : coloscopie incomplète) doit obtenir un second rendez-vous à l'intérieur d'un délai de 60 jours. Le délai idéal devrait être de moins de 30 jours, mais le délai maximal est de 60 jours.</p> <p>Les raisons expliquant toute modification à une requête quant aux délais d'accès établis doivent être documentées dans le dossier par le coloscopiste.</p> <p>Lorsqu'un suivi thérapeutique est requis, le coloscopiste doit revoir le patient après la procédure ou le diriger vers les professionnels concernés.</p> <p>Si la condition du patient nécessite une surveillance et que ce dernier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>a un médecin de famille</u> : le coloscopiste n'a pas à revoir le patient après la procédure. Le rapport de coloscopie comprenant les résultats doit être acheminé au médecin de famille ou au médecin référent; • <u>n'a pas de médecin de famille</u> : un médecin de famille doit lui être assigné s'il fait partie d'une de ces deux catégories : <ul style="list-style-type: none"> ○ patient issu du dépistage (avec un test positif de RSOS); ○ patient faisant partie des clientèles vulnérables (atteint d'une maladie chronique et dont l'état de santé est instable). 	
Cibles/Indicateurs	
<p>Le délai pour attribuer le niveau de priorité doit être documenté (c'est-à-dire de la date de réception de la demande à l'unité d'endoscopie à la date de confirmation du niveau de priorité par un professionnel de l'unité).</p> <p>Les délais d'accès sont respectés pour 95 % des requêtes en coloscopie. Toute justification du non-respect des délais d'accès doit être documentée.</p>	

1.4 Préparation colique

Section associée : 1.5 Qualité de la préparation intestinale

Application/Responsabilité

Coloscopistes

Contexte/Objectif

Une préparation colique doit permettre un nettoyage efficace de l'intestin, tout en étant bien tolérée par les patients 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);
- citrate de magnésium (Mg-citrate);
- citrate de magnésium, picosulfate sodique, acide citrique et hydroxyde de magnésium (PSMC ou laxatif salin).

Les préparations à base de phosphate de sodium (NaP) ne sont plus recommandées comme préparation colique précédant une coloscopie [18, 19], 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 avec ascite.

Les solutions PEG 2 L avec le laxatif bisacodyl (10 mg à 20 mg) ou avec 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 [20].

Seuil à atteindre et exigences

Peu importe les types de préparations, 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 [20]. La qualité de la préparation intestinale doit être évaluée et documentée (voir section 1.5) pour chaque procédure.

Les préparations avec des petits volumes de liquide hyper-osmolaire peuvent être utilisées lorsque les patients n'ont pas de problèmes de santé identifiés. 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 la liste complète des conditions de santé et des exemples de préparations coliques standardisées au tableau 2).

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 [21-24]. 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 section 1.5), l'observance du patient quant aux règles requises par la première préparation doit être documentée. Si la procédure a été respectée, plusieurs options peuvent être envisagées [25] :

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

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 [25].

Le choix de la préparation donnée pour la deuxième coloscopie doit être justifié et documenté 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 la médication prise [25], car tous les types de préparations peuvent causer des complications [20].

Cibles/Indicateurs

Pour toutes les coloscopies effectuées :

- Documenter le type de préparation colique utilisé.
- Documenter la tolérance du patient par rapport à la préparation colique.

Lorsqu'une deuxième coloscopie est requise :

- Documenter l'observance du patient quant aux règles requises par la première préparation.
- Le choix de la préparation pour la deuxième coloscopie doit être justifié et documenté en fonction des difficultés éprouvées et documentées lors de la première coloscopie.

Tableau 2. 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
Noms commerciaux	GoLytely® ou NuLytely® (sans sulfates)	HalfLytely® + Dulcolax® (oral)	Pico-Salax® ou Citro-Mag®
	Larges volumes de liquide iso-osmolaire		Petits volumes de liquide hyper-osmolaire
Clientèle visée	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 identifié		Patient sans problème de santé identifié
Hydratation	Diète liquide* avant et après le PEG		Minimum de 250 ml de liquide clair* par heure d'éveil
Restrictions générales	<p>Le patient doit poursuivre la prise de ses médicaments, excepté les antithrombotiques (voir section 1.8, tableau 3 et figure 1) et les hypoglycémifiants.</p> <p>Effet négatif possible du HalfLytely® pour les patients sous inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (p. ex. : Altace) ou diurétique épargneur de potassium (p. ex. : Aldactone) [25].</p> <p>À proscrire si conditions suivantes : iléus, rétention gastrique, perforation de l'intestin, obstruction gastro-intestinale et colite sévère.</p> <p>Aucune nourriture solide 24 heures avant la coloscopie.</p> <p>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.</p>		
Préparation à suivre	3 jours avant l'examen		
	Commencer la diète à teneur réduite en fibres**.	Commencer la diète à teneur réduite en fibres**.	Commencer la diète à teneur réduite en fibres**.

Préparation à suivre (suite)	La veille de l'examen		
	<p>Commencer la diète liquide dès le lever (si la coloscopie est prévue le lendemain PM, le patient peut prendre un déjeuner léger).</p> <p>Demeurer à jeun de 15 h à 18 h.</p> <p>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 du 4 L.</p> <p><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 du 4 L minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Préparation prise en 2 doses***: <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). La dose prise le matin doit l'être minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Demeurer à jeun pendant la prise de PEG.</p>	<p>Commencer la diète liquide dès le lever (si la coloscopie est prévue le lendemain PM, le patient peut prendre un déjeuner léger).</p> <p>À 12 h, prendre 2 ou 4 comprimés de 5 mg de bisacodyl. Si la coloscopie est prévue en PM, les prendre à 18 h.</p> <p>Demeurer à jeun de 15 h à 18 h.</p> <p>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 du 2 L.</p> <p><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 du 2 L minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Préparation prise en 2 doses***: <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> la préparation peut être séparée (2 x 1 L la veille et 1 L le matin de l'examen). La dose prise le matin doit l'être minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Demeurer à jeun pendant le PEG.</p>	<p>Commencer la diète liquide dès le lever.</p> <p>S'hydrater à raison d'un minimum de 250 ml (8 oz) de liquide clair à l'heure.</p> <p><u>Si coloscopie en AM ou PM :</u> À 12 h, prendre un sachet de Pico-Salax® dans un verre d'eau.</p> <p>À 18 h, prendre un 2^e sachet de Pico-Salax® dans un verre d'eau et s'hydrater avec au moins 1,5 à 2 L de liquide clair avant 22 h. Possibilité de prendre le 2^e sachet le matin de l'examen, mais il doit y avoir 6 heures entre la prise des 2 sachets et le dernier sachet doit être pris minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Préparation prise en 2 doses***: <u>Que la coloscopie soit effectuée en AM ou PM :</u> 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, minimum 3 heures avant l'examen.</p> <p>Continuer l'hydratation le matin de l'examen.</p>
	Le jour de l'examen		
	Demeurer à jeun 3 h avant la coloscopie.	Demeurer à jeun 3 h avant la coloscopie.	Demeurer à jeun 3 h avant la coloscopie.

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

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

** Éléments à éviter : les céréales, le pain multigrain, les fruits avec petits noyaux (fraises, framboises, melon d'eau, mûres), les légumineuses (fèves rouges, lentilles, pois chiches), etc.

*** 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

Les coloscopies effectuées doivent atteindre un niveau de qualité défini par plusieurs indicateurs. Ces indicateurs de qualité et de performance sont reconnus et pertinents à l'évaluation systématique de la pratique de la coloscopie [28].

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 [27-29]. Une bonne qualité de préparation colique est également associée à un plus grand nombre de coloscopies complètes [30].

Seuil à atteindre et exigences

La préparation intestinale doit être documentée dans le rapport de coloscopie pour chaque coloscopie effectuée et décrite de façon standardisée, avec le plus d'éléments objectifs possible [28].

La qualité de la préparation intestinale doit être caractérisée selon ces quatre catégories [28, 31-33] :

- Excellente : aucune ou très peu de matières fécales solides et uniquement de petites quantités de fluide nécessitant une succion.
- Bonne : aucune ou très peu de matières fécales solides et grandes quantités de fluide nécessitant une succion.
- Correcte (adéquat pour détecter tous les polypes > 5 mm) : débris semi-solides qui sont supprimés avec difficulté.
- Inadéquate (non adéquat pour détecter tous les polypes > 5 mm) : matières fécales trop abondantes, lésions impossibles à éliminer et coloscopie complète impossible.

Lorsque la qualité de la préparation intestinale est « inadéquate », une deuxième coloscopie doit être prévue dans les 60 jours (idéalement dans les 30 jours) (annexe E). Dans ces situations, 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 afin de réduire les risques de préparation intestinale inadéquate.

Lorsque la qualité de la préparation intestinale est « correcte », l'intervalle pour la prochaine coloscopie de suivi sera plus rapproché. La figure 4 précise les intervalles de surveillance en coloscopie à respecter. De plus, un progiciel permettra aux sites de démonstration de documenter les éléments relatifs à la préparation colique.

Cibles/Indicateurs

La qualité de la préparation intestinale est documentée dans le rapport de coloscopie pour toutes les coloscopies.

Les personnes qui obtiennent une coloscopie ont une préparation intestinale excellente ou bonne dans 90 % des cas.

D'autres cibles ou indicateurs pourront être élaborés concernant la qualité de la préparation intestinale.

1.6 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 [34]. Toutefois, les infections cliniquement significatives sont très rares, et les preuves qui soutiennent l'administration d'antibioprophylaxie avant une procédure endoscopique à faible risque de bactériémie comme la coloscopie (avec ou sans polypectomie) ainsi que sa démonstration de protection contre les infections sont très limitées [34, 35].
Seuil à atteindre et exigences
Aucune indication particulière concernant l'antibioprophylaxie précédant une coloscopie (avec ou sans polypectomie) n'est recommandée [34, 35]. Dans le cas de patients avec cirrhose et admis pour 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) [34].
Cibles/Indicateurs
Aucun.

1.7 Sédation

Application/Responsabilité

Coloscopistes

Infirmières

Contexte/Objectif

La sédation-analgésie est une « technique qui consiste à administrer des médicaments à un patient afin de lui permettre de mieux tolérer une intervention diagnostique ou thérapeutique de façon sécuritaire ». Certains patients requerront surtout une sédation, d'autres une analgésie et la plupart, les deux à la fois. Les médicaments et la technique utilisés dépendront principalement du niveau de sédation désiré, selon la nature et la durée de l'intervention et selon les caractéristiques du patient [36].

Les objectifs visés lors de la sédation-analgésie, décrits par le CMQ, sont les suivants [36] :

- assurer la sécurité et le bien-être du patient;
- fournir une analgésie, une sédation et une amnésie adéquates pendant les interventions diagnostiques et thérapeutiques;
- contrôler un comportement moteur qui nuit à l'administration des soins médicaux nécessaires;
- permettre au patient de retrouver son état de conscience initial, assurant le congé en toute sécurité.

Il a été montré 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 [11, 30]. 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 [11].

Seuil à atteindre et exigences

Une sédation doit être offerte et disponible pour tous les patients qui le désirent, à moins d'une contre-indication ou d'un refus du patient. Les patients doivent obligatoirement bénéficier d'une surveillance appropriée et continue avant, pendant et après l'administration d'une sédation-analgésie.

Coloscopistes :

Le médecin qui pratique une intervention diagnostique ou thérapeutique sur un patient sous sédation-analgésie doit minimalement compter sur la présence d'un professionnel, soit une infirmière ou un inhalothérapeute, connaissant bien le déroulement de l'intervention et ayant la formation pour débiter les manœuvres de réanimation qui pourraient être requises en attendant l'arrivée de l'équipe médicale dédiée à la réanimation. La présence de ce professionnel doit être continue depuis le moment de l'administration de la médication sédative jusqu'au moment où il y a rétablissement adéquat de l'état de conscience [36] (voir section ci-dessous sur la participation des infirmières).

L'utilisation de la sédation-analgésie doit suivre les lignes directrices publiées par le CMQ en novembre 2009 [36].

Tout événement clinique significatif ou complication lié à l'administration de la sédation-analgésie doit être documenté par le coloscopiste dans le rapport de coloscopie.

Infirmières :

L'infirmière est habilitée à effectuer l'évaluation et la surveillance clinique du patient sous sédation-analgésie. L'infirmière qui exerce en endoscopie digestive doit être en mesure :

- 1) 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;
- 2) d'assurer la surveillance clinique continue du patient pendant et après l'administration de sédatifs-analgésiques jusqu'au rétablissement de l'état de conscience de la personne pendant la période de recouvrement;

- 3) de débiter des manœuvres de réanimation qui pourraient être requises 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 en endoscopie digestive de l'OIIQ [105] précisent les paramètres et les éléments particuliers qui doivent faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance clinique. Un formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en pré-, per- et postcoloscopie préparé par l'OIIQ est disponible pour les sites de démonstration (annexe A). Ce formulaire intègre les risques ASA 1 à ASA 4 de la classification du risque anesthésique de l'American Society of Anesthesiologists (voir annexe C). Notons que l'analyse des risques ASA (5 à 6) doit être évaluée par le médecin.

Cibles/Indicateurs

Une sédation est offerte à tous les patients qui doivent subir une coloscopie.

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

- s'il y a utilisation d'une sédation, l'évaluation et la surveillance pré-, per- et postcoloscopie doivent être documentés 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 en annexe A pour être conforme aux lignes directrices élaborées par l'OIIQ.
- S'il n'y a pas de sédation administrée au patient, les raisons doivent être documentées dans le rapport de coloscopie.

D'autres cibles ou indicateurs pourront être élaborés concernant la sédation.

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 deux grandes catégories d'antithrombotiques et les principaux médicaments que l'on retrouve dans chacune :

- les anticoagulants : la warfarine (Coumadin^{MC}), l'héparine non fractionnée (HNF) et l'héparine de faible poids moléculaire (HFPM);
- les antiplaquettaires : l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les thiénoopyridines (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 en marché, notamment en prophylaxie de chirurgie orthopédique. 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 ou hématologue) 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 [37]. Le risque d'hémorragie pendant et après la coloscopie est d'autant plus grand lors d'une coloscopie avec polypectomie [38], 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 [39].

Pour les anticoagulants, 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 suivre les recommandations de l'American College of Chest Physician (ACCP) [40]. Il n'existe pas de mesure équivalente et aisément accessible pour ce qui est des antiplaquettaires.

Seuil à atteindre et exigences

Les recommandations énumérées dans la présente section sont en accord avec les lignes directrices de l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) [41], de la British Society of Gastroenterology (BSG) [42], de l'American College of Chest Physician (ACCP) [43] et de l'American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) [44].

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 défini ainsi :

- risque faible : lorsque la coloscopie est diagnostique (sans procédure thérapeutique);
- risque accru : lorsque la coloscopie est thérapeutique (p. 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 (p. ex. : vitamine K) ou de suspendre une thérapie antithrombotique. Ces risques sont énumérés et catégorisés dans le tableau 3.

Une classification a été développée 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 [43, 46]. Le calcul du score issu de cette classification, le score de CHADS₂, est fourni à titre informatif à l'annexe D. 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 à la suite d'un résultat positif au test de RSOS, la prémisse est que la coloscopie peut toujours devenir thérapeutique.** Ces patients doivent alors être préparés en fonction d'un éventuel acte thérapeutique afin d'éviter un nombre important de deuxièmes rendez-vous en coloscopie.

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

La figure 1 schématise les recommandations sous forme d'algorithme de prise en charge selon le type d'antithrombotique prescrit.

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

- la thérapie antithrombotique est temporaire (p. 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 mort liés à l'arrêt prématuré de la thérapie antithrombotique sont importants [48].

Prise en charge du patient selon le type de thérapie antithrombotique

1. Les anticoagulants

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

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 [49].

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 à risque accru d'événements thromboemboliques [50].

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 3 [51].

Deux molécules sont utilisées pour une thérapie de relais : l'HNF et l'HFPM. Leur mode d'action est le même, mais l'HFPM 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 [52]. L'HFPM est habituellement administrée une à deux fois par jour selon une dose fixe dépendante du poids corporel. Si nécessaire, le monitoring de l'activité anticoagulante de l'HFPM se fait par la mesure du niveau d'anti-Xa.

Procédure à suivre :

A) Chez les personnes présentant un faible risque thromboembolique (voir tableau 3) :

1. Arrêter la warfarine temporairement 5 jours avant la coloscopie.
2. 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*).
3. Vérifier le RNI une semaine après la coloscopie jusqu'à l'atteinte d'un RNI satisfaisant selon la condition de santé (voir tableau 3). 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 tableau 3) :

1. Arrêter la warfarine temporairement 5 jours avant la coloscopie.
2. Administrer l'HFPM 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.
3. Administrer la dernière dose d'HFPM 24 heures avant la coloscopie.
4. 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*).
5. Reprendre l'HFPM sous-cutanée à doses thérapeutiques selon l'agent désigné 24 heures après la coloscopie et maintenir jusqu'à l'atteinte d'un RNI satisfaisant selon la condition (voir tableau 3). Le suivi de la reprise de l'anticoagulothérapie doit se faire par le médecin traitant (suivi habituel du médecin).

2. Les antiplaquettaires

2.1 Aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

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 per- et post-polypectomie [49, 53-55].

2.2 Clopidogrel (Plavix^{MC}), ticlopidine (Ticlid^{MC}), prasugrel (Effient^{MC}) et ticagrelor (Brilinta^{MC})

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

Le clopidogrel est le produit le plus communément utilisé à ce jour tandis que le ticlopidine est de moins en moins prescrit, car il a été associé à plusieurs effets secondaires importants et son utilisation a ainsi été rendue caduque [42, 45]. Le prasugrel a récemment été testé dans une étude clinique de phase III, mais occasionne des risques accrus d'hémorragie majeure comparativement au clopidogrel [45, 56]. Enfin, une veille scientifique devra être effectuée concernant le ticagrelor, une molécule très récente approuvée en juillet 2010 par la US Food and Drug Administration (FDA), mais encore non homologuée au Canada.

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

Procédure à suivre :

A) Chez les personnes présentant un faible risque thromboembolique (tableau 3) :

1. 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.
2. 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.
3. Reprendre la thérapie au clopidogrel le jour suivant la coloscopie.

B) Chez les personnes présentant un risque thromboembolique accru (tableau 3) :

1. 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.
2. Confirmer auprès du coloscopiste la nécessité et la pertinence de la coloscopie.
3. 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.
4. Maintenir la prise d'aspirine.
5. Reprendre le clopidogrel le jour suivant la coloscopie.

2.3 Inhibiteurs de GPIIb/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 [42, 45].

2.4 Dipyridamole seule (Persantine^{MC}) ou dipyridamole combinée avec de l'aspirine (Aggrenox^{MC})

Les données scientifiques concernant la prise de dipyridamole et les procédures à hauts risques de saignement sont très limitées. Cependant, le risque de saignement gastro-intestinal spontané est plus faible que celui associé à la prise d'aspirine [57]. 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 documentées.

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

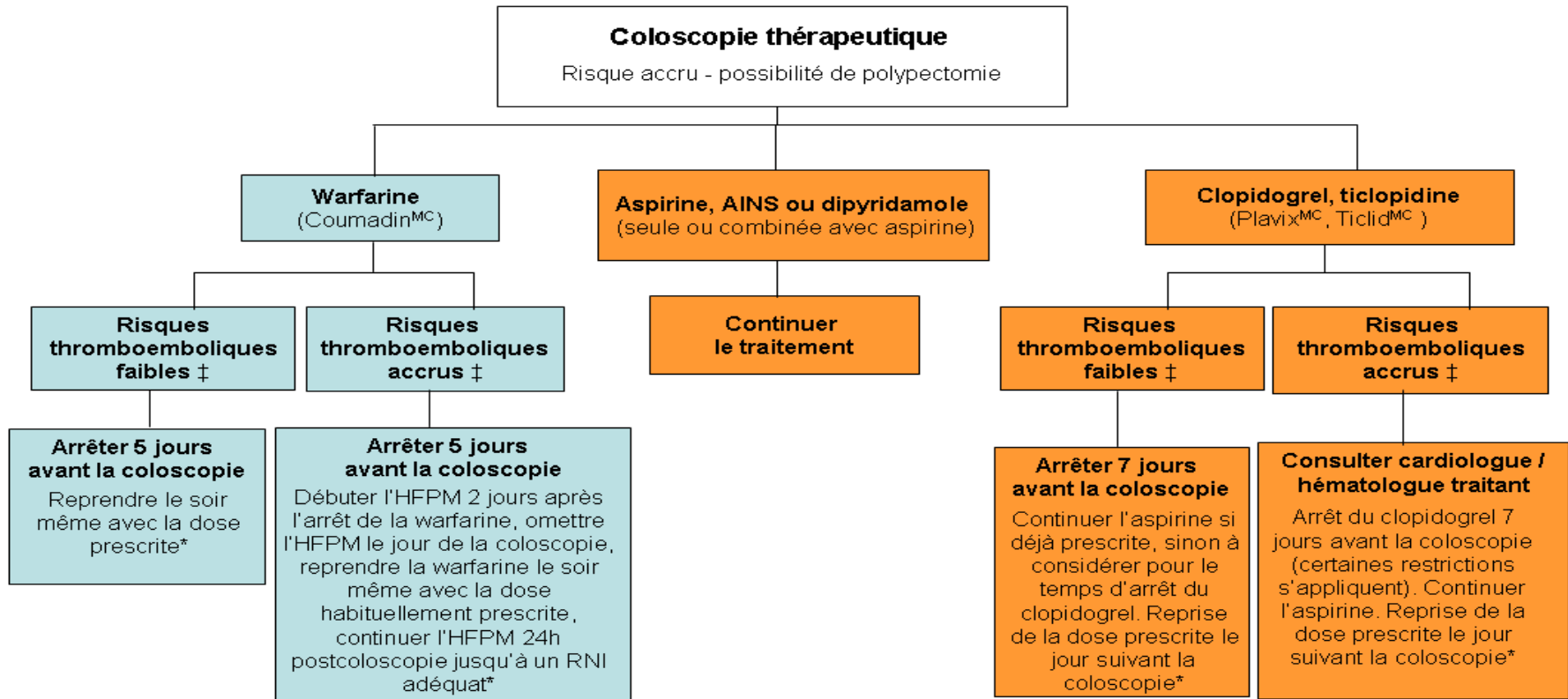
Tableau 3. Niveau de risque thromboembolique selon les conditions de santé

Risque faible	Risque accru
Conditions de santé associées à la prise d'anticoagulants	
Fibrillation auriculaire non valvulaire paroxystique ou sans complication (sans antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire) (RNI visé : 2,0-3,0)	Fibrillation auriculaire non valvulaire avec facteurs de risque associés* (RNI visé : 2,0-3,0)
	Fibrillation auriculaire avec : <ul style="list-style-type: none"> - cardiopathie valvulaire - OU sténose mitrale - OU valve aortique à disque oscillant ou à bille se mouvant dans une cage (RNI visé : 2,0-3,0)
Valve bioprothétique (RNI visé : 2,0-3,0)	Valve mécanique en position mitrale (RNI visé : 2,5-3,5)
Valve mécanique en position aortique à double clapet (RNI visé : 2,5-3,5)	Valve mécanique avec antécédent de thromboembolie (RNI visé : 2,5-3,5)
Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (> 3 mois) (RNI visé : 2,0-3,0)	Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire (< 3 mois) (RNI visé : 2,0-3,0)
Valve cardiaque xénogreffe (RNI visé : 2,0-3,0)	Thrombophilie (RNI visé : 2,0-3,0)
Conditions de santé associées à la prise d'antiplaquettaires	
Maladie ischémique du cœur sans tuteur coronarien	Tuteurs coronariens à treillis métallique sans élution (< 1 mois)
Maladie vasculaire cérébrale	Tuteurs coronariens à élution récemment installés (< 12 mois)
Maladie vasculaire périphérique	Événement coronarien aigu récent (< 4 à 6 semaines)
	Angine instable
	Intervention coronarienne percutanée sans tuteur à la suite d'un infarctus du myocarde

Sources : [40, 42, 43, 45, 47].

* Insuffisance cardiaque congestive, hypertension, âge du patient ≥ 75 ans, diabète, fraction d'éjection ventriculaire gauche OU antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire.

Figure 1. Algorithme de prise en charge des patients sous thérapie antithrombotique en vue d'une coloscopie thérapeutique



AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien, RNI : rapport normalisé international, HFPM : héparine de faible poids moléculaire.

‡ Voir le tableau 3 pour la description complète du risque thromboembolique en fonction des conditions de santé.

* Voir les procédures COMPLÈTES à suivre pour la gestion des patients sous thérapie antithrombotique à la fiche 1.8.

1.9 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 [28, 93]. Il a été montré qu'un plus grand volume de coloscopies par endoscopiste était associé à une plus grande probabilité d'effectuer une coloscopie complète, donc d'atteindre le cæcum [11].

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 [9, 28]. 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 documenté dans la même photographie.

Les coloscopistes doivent effectuer l'intubation jusqu'au cæcum dans :

- ≥ 95 % des cas chez les adultes asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOS) [9, 28, 93];
- ≥ 90 % des cas pour tous les autres patients (symptomatiques) [59].

Si la coloscopie est incomplète, l'événement doit être noté au dossier du patient et une autre coloscopie doit être prévue dans les 60 jours (idéalement dans les 30 jours).

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 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 [28].

Cibles/Indicateurs

La visualisation du cæcum avec l'identification de deux des trois points de repère identifiés (l'orifice appendiculaire, la valvule iléo-cæcale et la confluence des ténias) doit être documentée 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.

Les coloscopistes doivent effectuer l'intubation jusqu'au cæcum dans :

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

1.10 Temps de retrait

Application/Responsabilité
Coloscopistes
Contexte/Objectif
<p>Le temps de retrait comprend le temps nécessaire au retrait du coloscope, de l'intubation du cæcum au retrait de l'anus. Le temps de retrait doit être suffisamment long afin d'effectuer une coloscopie de qualité, car il est corrélé au taux de détection des adénomes [60-62] et des polypes [63-66].</p> <p>Toutefois, plusieurs facteurs peuvent faire varier le temps de retrait (p. ex. : la longueur de l'intestin, la qualité de la préparation intestinale et le degré de proéminence des haustrations) [63].</p> <p>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.</p>
Seuil à atteindre et exigences
<p>Le temps de retrait doit être documenté dans le rapport de coloscopie pour chaque patient. En excluant le temps nécessaire pour effectuer une polypectomie ou une biopsie, le temps de retrait devrait être d'au minimum six minutes [28, 60, 66].</p> <p>Les raisons justifiant un temps de retrait inférieur à six minutes doivent être documentées dans le rapport de coloscopie.</p>
Cibles/Indicateurs
<p>Le temps de retrait est documenté pour 100 % des coloscopies.</p> <p>Le temps de retrait du coloscope est d'au moins six minutes pour 90 % des coloscopies complètes.</p>

1.11 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 [67, 68]. Le bénéfice serait toutefois moins important pour les polypes situés dans le côlon droit [69, 70]. Il n'en demeure pas moins important 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 (p. ex. : polypectomie).

La coloscopie est une procédure invasive qui comporte certains risques, notamment lorsqu'une polypectomie est effectuée. Des risques de complications (p. ex. : hémorragie, 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 afin d'assurer sa qualité et de réduire les risques 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 [71, 72].

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 [73]. S'il y a un doute sur l'histopathologie basé sur l'apparence du polype, une biopsie peut être faite pour confirmer l'histologie des polypes non excisés [71, 74].

Si le coloscopiste ne se sent pas à l'aise d'exciser un polype tel qu'il se présente ou qu'il considère qu'une excision chirurgicale est nécessaire, le patient doit être dirigé vers un autre coloscopiste expert ou en chirurgie [75]. Dans ces cas, une biopsie doit être effectuée et la lésion doit être localisée préalablement par tatouage lors de la coloscopie pour faciliter sa localisation subséquente [71].

Lorsque les polypes qui devraient être excisés (en excluant les polypes d'apparence hyperplasique dans le rectum) ne le sont pas ou le sont partiellement, une biopsie doit être effectuée pour obtenir une confirmation histologique du polype.

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 tableau 4).

Éventuellement, la classification de Paris-Japon devrait être utilisée pour la catégorisation et la définition des différents types de polypes (voir tableau 5). Toutefois, pour l'instant, nous l'incluons à titre informatif seulement et nous retenons la classification employée dans le tableau 4.

Tous les polypes doivent être décrits et documentés 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 [71].

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 identification 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 (p. ex. : lésion maligne suspectée, gros polype sessile excisé par morceau 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 ») afin de permettre de localiser adéquatement la lésion lors de la coloscopie subséquente ou de la chirurgie (principalement lors d'une laparoscopie) [71, 76].

Les lésions suspectes référées en chirurgie doivent être tatouées ainsi que les polypes [28, 31, 72, 75] :

- difficiles 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 dans le rectum, afin de faciliter le suivi endoscopique ou la localisation de la lésion lors d'une chirurgie subséquente [71, 72].

Techniques de tatouage

Certaines techniques quant à la bonne exécution d'un tatouage sont reconnues et proposées [72, 75, 77]. 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. L'injection du produit doit être effectuée avec de petits volumes pour éviter une injection transmurale. L'ASGE précise que diluer l'encre de Chine avec une solution saline (1 : 100) et l'injecter en petits volumes de 0,2 à 0,5 ml permet un tatouage sécuritaire et qui perdure, 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, ce qui réduirait les risques de transpercer la paroi, mais n'est également pas obligatoire.

Cibles/Indicateurs

Polypectomie

≥ 95 % des polypes détectés doivent être récupérés et envoyés en pathologie.

Détection d'adénomes

La détection d'adénomes doit être documentée dans le rapport de coloscopie pour chaque procédure.

D'autres cibles ou indicateurs pourront être élaborés concernant le taux de détection d'adénomes.

Tableau 4. Techniques recommandées pour la résection de polypes selon le type et la taille

Type/Taille	Petits (généralement définis comme < 1 cm)	Gros (généralement définis comme > 1 cm)
<p>Polypoïde Pédiculé <i>Excroissance/ polypes avec une base étroite (pied, tige, pédoncule) et un lobe terminal plus large</i></p>	<p><u>Pincés à biopsie</u></p> <p><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 [72, 76].</p> <p>Son utilisation doit être limitée aux polypes ≤ 5 mm [72, 76].</p> <p><i>Sans cautérisation</i> : technique appropriée pour les polypes de 1 à 3 mm [72] (car dépourvue de risque de complications et pouvant être utilisée de façon sécuritaire pour les patients sous anticoagulothérapie avec de très petits polypes).</p> <p><u>Anses (snaring)</u></p> <p>Technique plus efficace que les pincés à biopsie pour exciser complètement les polypes.</p> <p><i>Avec cautérisation</i> : cette technique serait légèrement plus efficace que sans cautérisation pour exciser complètement les polypes. Toutefois, un avantage indéniable de l'absence de cautérisation est l'élimination de complications liées à la cautérisation.</p> <p>Pour les polypes de < 1 cm, éloigner la lésion de la paroi et enlever l'air de la lumière peut aider à protéger de complications thermiques.</p> <p><i>Sans cautérisation</i> : sécuritaire et efficace pour exciser les polypes jusqu'à 7 mm [72].</p> <p>Cette technique est habituellement utilisée pour les polypes pédiculés jusqu'à 4 à 5 mm de taille [72].</p>	<p>Polypes avec un pied pédicule de 1 cm ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - injecter dans le pied pédicule une solution à base d'épinéphrine diluée dans la saline ou saline seule (1 : 10 000 - 200 000) [72]; - utiliser des pincés (<i>clips</i>) ou boucles (<i>loops</i>) [76]; considérer l'utilisation d'anses détachables. <p>Pour les polypes pédiculés avec un lobe terminal très large, une injection d'épinéphrine diluée dans le lobe est recommandée [76].</p> <p>L'anse diathermique devrait être placée 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 [72].</p> <p>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 versus portion du polype la plus près du pied ou de la muqueuse intestinale) [72].</p>

Type/Taille	Petits (généralement définis comme < 1 cm)	Gros (généralement définis comme >1 cm)
<p>Polypoïde Sessile <i>Excroissance/ polypes avec une base large (sans pédoncule)</i></p>	<p><u>Pincés à biopsie (avec et sans cautérisation)</u> Mêmes recommandations que pour les polypes de type pédiculé.</p> <p><u>Anses (snaring)</u> <i>Sans cautérisation</i> : cette technique est habituellement utilisée pour les polypes partiellement sessiles jusqu'à 4 à 5 mm de taille [72].</p> <p><u>Résection endoscopique des muqueuses (EMR)</u> On peut également exciser les polypes sessiles jusqu'à 7 mm de taille par EMR [75].</p>	<p>La résection de ce type de polype dépend de sa taille et de sa localisation dans le côlon (plus difficile à exciser dans le côlon sigmoïde que dans le rectum, le côlon transverse ou le côlon ascendant) [72].</p> <p>Exciser les polypes sessiles de > 2 cm par morceaux avec une anse diathermique large, de préférence avec une injection d'épinéphrine diluée dans la saline et une coagulation au plasma Argon (APC) [28, 72, 76].</p> <p>On peut également exciser les polypes sessiles de grande taille par EMR, avec une injection d'épinéphrine diluée dans la saline [75].</p>
<p>Non polypoïde Plat <u>Lésions surélevées</u> <i>Excroissance avec une hauteur plus petite que la moitié du diamètre de la lésion</i></p> <p><u>Lésions encavées</u> <i>Lésions avec une base enfoncée, plus basse que la muqueuse normale de la paroi intestinale</i></p>	<p>Les pincés à biopsie sont plus faciles à placer sur les très petits polypes plats comparativement aux anses [72].</p> <p><u>Anses (snaring)</u> <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 [72].</p> <p>Les polypes plats (surélevés et encavés) peuvent être excisés par EMR [75].</p>	<p>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 la saline et l'EMR [76].</p>

Type/Taille	Petits (généralement définis comme < 1 cm)	Gros (généralement définis comme >1 cm)
<p>Polypes « difficiles » [76] (p. ex. : très gros, atypiques, ou dans une localisation anatomique difficile)</p>	<p><u>Pour les très gros polypes (> 3 cm)</u></p> <p>Exciser par morceaux avec une injection d'épinéphrine diluée dans la saline et avec une coagulation au plasma Argon (APC) pour éliminer les tissus restants [76].</p> <p><u>Polypes multiples</u></p> <p>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).</p> <p><u>Localisation du polype difficile à atteindre</u></p> <p>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 la saline pour les polypes ≥ 1 cm.</p> <p>2) Si le polype est situé derrière un repli du côlon, injecter d'abord l'épinéphrine diluée dans la saline de façon distale.</p> <p>3) Si la position endoscopique est difficile, modifier la position du coloscope pour être en position adéquate (position horaire à 5 h), faire une compression abdominale ou faire tenir le coloscope par un assistant.</p>	

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 [72].

Tableau 5. Comparaison des classifications des polypes (classification standard et Paris-Japon)

Morphologie du polype	Standard	Paris-Japon *
Pédiculé	Pédiculé	Polypoïde protubérant, pédiculé, Type I
Sessile**	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).

* Adapté des travaux issus de deux ateliers de travail, à Kyoto et Paris : Anonymous (2002). Paris workshop participants: The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: Esophagus, stomach and colon. *Gastrointest Endosc.* 58: 3-43; et Kudo S., Lambert R., Allen J.I., *et al.* (2008). Non-polypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. *Gastrointest Endosc.* 68: 3-47.

Note. La classification de Paris-Japon définit comme une lésion polypoïde protubérante une lésion qui s'élève à > 2,5 mm au-dessus de la sous-muqueuse; une lésion non polypoïde superficielle lorsqu'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.

** Toujours faire mention si le polype montre une dépression ou une ulcération.

1.12 Événements cliniques significatifs liés à la coloscopie

Application/Responsabilité

Coloscopistes

Infirmières

Chefs d'unité d'endoscopie

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 pendant et après la procédure en question, la coloscopie dans ce cas-ci [78]. Afin d'assurer une pratique de qualité, une documentation de tout événement cliniquement significatif ou complication lié à la coloscopie doit être effectuée et consignée dans le rapport de coloscopie.

L'évaluation des événements cliniques significatifs selon les indicateurs et les seuils de qualité ne peut être effectuée que sur la base individuelle pour chaque coloscopiste, car il s'agit d'événements très rares. L'ensemble des événements cliniques significatifs associé à la coloscopie doit donc être suivi dans chaque unité d'endoscopie. Un suivi de ces événements doit également se faire pour chaque médecin.

Étant donné qu'il est actuellement difficile de présumer de 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 [3, 9, 28, 74].

Seuil à atteindre et exigences

Points généraux – définitions et documentation

Tous les événements cliniquement significatifs liés à la coloscopie ayant nécessité une visite à l'urgence ou une admission à l'hôpital jusqu'à 30 jours suivant l'intervention, tels que les perforations, hémorragies, sédation excessive, infections, complications cardiovasculaires, réactions à la préparation colique et décès, doivent être consignés [3]. Cela inclut également la documentation de :

- tout acte ou intervention perprocédure non prévu;
- tout acte ou intervention supplémentaire non prévu et consultation dans un cabinet postcoloscopie [31, 79].

Le suivi postcoloscopie à 30 jours est retenu, car la plupart des événements cliniquement significatifs surviennent généralement durant cette période [53].

Tout événement indésirable préprocédure ou immédiat (perprocédure et jusqu'à la récupération en salle de réveil) doit être documenté par le coloscopiste dans son rapport.

Un rappel doit être fait au patient 30 jours après la coloscopie par une infirmière de l'unité d'endoscopie afin de documenter les événements cliniquement significatifs différés qui seraient survenus durant cette période. Il sera possible de documenter ces événements à l'aide du progiciel informatique disponible au sein des sites de démonstration.

Pour chaque événement cliniquement significatif, un niveau d'association (relation de cause à effet) entre l'événement survenu et la coloscopie doit être désigné, 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 [31, 79]. Ces classifications ont l'avantage d'être simples d'application et internationalement acceptées.

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 pré-, per- ou postcoloscopie doit être documenté sur les éléments suivants (voir la figure 2) :

- la nature de l'événement;
- le moment de survenue de 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);
- le suivi effectué;
- l'issue à 30 jours.

Dans le cas où le coloscopiste est avisé d'un événement clinique significatif, il est de sa responsabilité de documenter et d'effectuer le suivi auprès du patient. Les tableaux 6, 7 et 8 précisent comment colliger les informations concernant les événements cliniques significatifs.

Infirmières

L'infirmière doit, selon ses responsabilités professionnelles, documenter les événements cliniques significatifs liés à la coloscopie, de l'arrivée du patient à l'unité d'endoscopie à son départ de l'unité de recouvrement. Elle doit documenter 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.

L'infirmière peut également assurer le suivi infirmier des patients 30 jours postcoloscopie afin d'évaluer si le patient présente des signes et des symptômes de complications différées à la suite de la coloscopie. Dans ce contexte, le rôle et les responsabilités de l'infirmière doivent être clairement définis afin d'encadrer sa pratique professionnelle. L'infirmière qui assume ce rôle et ces responsabilités doit être formée et des outils d'évaluation doivent lui être fournis afin de la soutenir dans sa pratique.

Suivi des événements cliniques significatifs

À partir des données tirées du rapport informatisé de coloscopie et d'un système d'information qui sera rendu disponible aux sites de démonstration, un bilan doit être fait annuellement sur la base des indicateurs suivants :

Le taux de **perforation** doit être :

- < 1/1000 pour toutes les coloscopies [5, 74, 78, 96];
- < 1/2000 pour les coloscopies effectuées chez les patients asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOS) [5, 74, 78, 96];
- < 1/500 pour les coloscopies avec polypectomie effectuées chez les patients asymptomatiques (inclut les participants au dépistage avec un résultat positif au test de RSOS) [80].

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

- < 1/100 [9, 28, 74, 80, 81];
- peut atteindre jusqu'à 10 % pour les polypes de plus de 2 cm, particulièrement pour ceux situés dans le côlon proximal [9, 28].

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

- $\leq 1/100$ pour les complications mineures liées à l'utilisation de sédation, c.-à-d. :
 - utilisation d'antagonistes;
 - dépression cardiorespiratoire ou obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée;
 - hypotension requérant une intervention [74, 81];
- $< 1/300$ pour les complications sérieuses, c.-à-d. :
 - complications cardiovasculaires liées à l'utilisation de la sédation nécessitant, par exemple, la ventilation ou l'intubation du patient [74];
- $\leq 1/1000$ pour les arythmies cardiaques nécessitant une intervention [81];
- $\leq 1/1000$ pour les cas d'aspiration pulmonaire des résidus gastriques [81].

Les **infections** attribuables à la contamination d'instruments mal stérilisés ou à une contamination bactérienne sanguine à la suite de la procédure doivent être documentées [78].

Les **complications cardiovasculaires** doivent être documentées (p. ex. : choc/malaise vagal, bradycardie).

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

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

Mécanismes d'assurance qualité

Le chef de l'unité d'endoscopie (et non uniquement le CMDP) devrait être informé du suivi des événements cliniquement significatifs survenant parmi les coloscopistes de son unité.

Afin de faire le suivi de ces événements, un comité de « Mortalité/Morbidité » doit être mis sur pied dans les établissements, modalité déjà présente 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 eu 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 inquiétantes sont identifiées par le système d'information. 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 de complications.

Afin de fournir les outils et les informations aux unités d'endoscopie et aux CMDP des sites participants pour qu'ils puissent agir efficacement en cas d'écart aux normes, les données saisies par les coloscopistes dans leur rapport informatisé concernant les événements cliniques significatifs seront analysées et rendues disponibles par l'intermédiaire d'un progiciel au sein des sites de démonstration.

Une attention particulière doit être portée à chaque **décès** attribuable à la coloscopie et chaque cas de **cancer d'intervalle**. En effet, le suivi de ces événements devra être fait au niveau provincial par un comité central en assurance qualité, dont la composition et le mandat restent à définir. Un audit pourra être demandé par ce comité central auprès de chaque unité d'endoscopie présentant un écart significatif 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 (p. 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

Le taux de **perforation** doit être :

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

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

- < 1/100;
- 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.-à-d. :
 - utilisation d'antagonistes;
 - dépression cardiorespiratoire ou obstruction des voies respiratoires nécessitant une intervention non planifiée;
 - hypotension requérant une intervention;
- < 1/300 pour les complications sérieuses, c.-à-d. :
 - 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.

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

Figure 2. Algorithme de suivi et de consignation des événements cliniques significatifs liés à la coloscopie

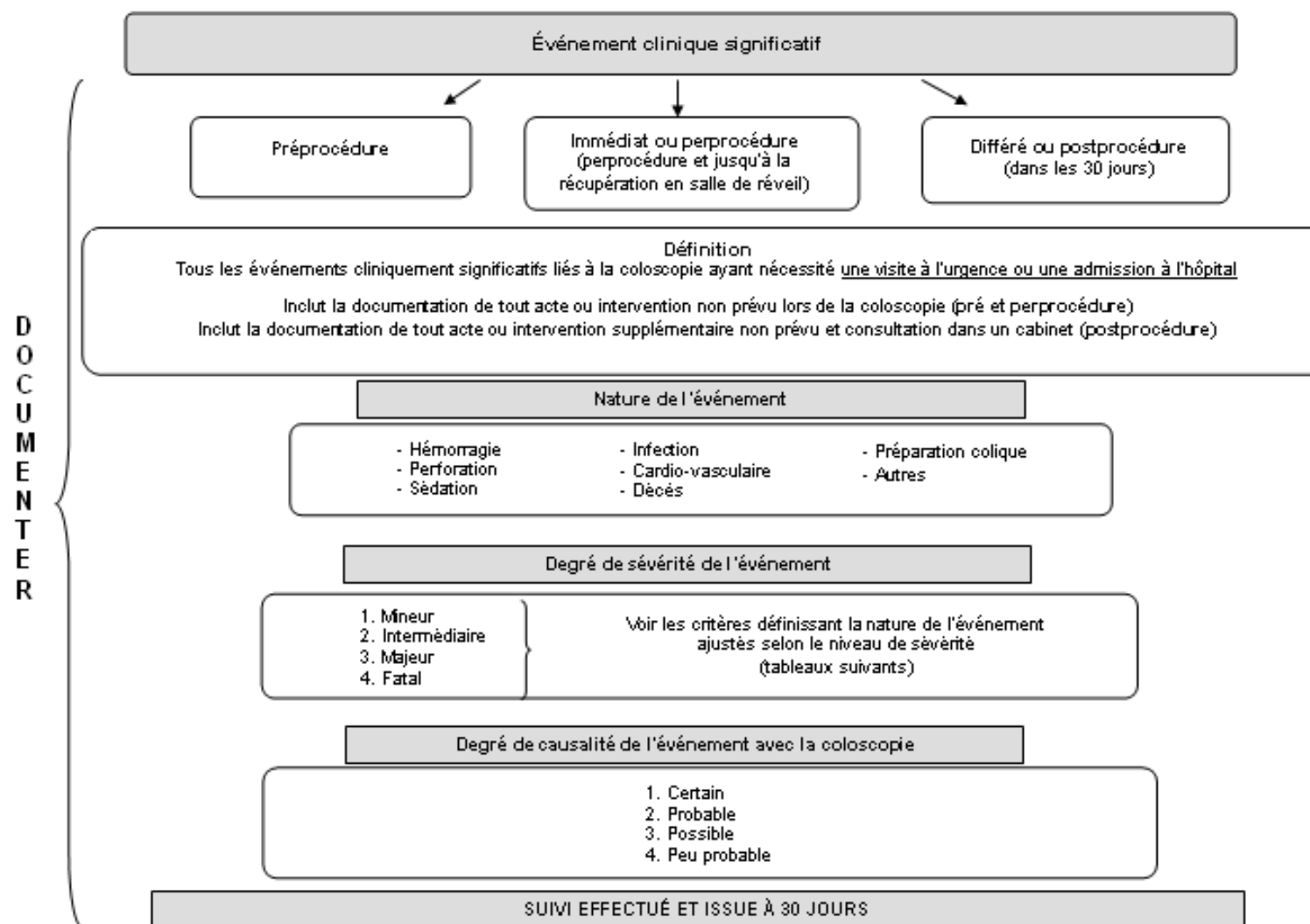


Tableau 6. Colliger les informations concernant un saignement/hémorragie

Critères	Sévérité	Actions
Saignement rectal jusqu'à 30 jours après la coloscopie.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédure interrompue ▪ Consultation postprocédure non planifiée ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation pour ≤ 3 jours* 	Mineur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noter au rapport comme un événement clinique significatif ▪ Noter le moment de survenue si postcoloscopie ▪ 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 chirurgies ▪ Noter la durée du séjour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte d'Hb ≥ 2 g/dL ▪ Transfusion ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation de 4 à 10 jours ▪ Admission aux soins intensifs pour 1 jour ▪ Nécessitant une intervention (endoscopique ou radiologique) 	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> Actions incluses ci-dessus et ▪ rapporter au comité Morbidité/Mortalité ▪ Faire l'analyse de cause racine (<i>root cause analysis</i>), si indiqué
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation de 10 jours ou plus ▪ Admission aux soins intensifs > 1 jour 	Majeur	Actions incluses ci-dessus
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès 	Fatal	<ul style="list-style-type: none"> Actions incluses ci-dessus et ▪ noter le moment et la cause du décès

Sources : [31, 79].

Hb : hémoglobine.

* Le groupe de travail considère que toute hospitalisation équivaut à un événement cliniquement significatif et qu'un prolongement de l'hospitalisation ≤ 3 jours n'est pas mineur comme événement. Toutefois, le critère est conservé aux fins de comparaison ultérieure.

Tableau 7. Colliger les informations concernant une perforation

Critères	Sévérité	Actions
<p>Toute perforation survenant jusqu'à 30 jours postcoloscopie 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.</p>		
<p>Événement géré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sans endoscopie/chirurgie ▪ par endoscopie ▪ par chirurgie 	<p>Majeur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noter au rapport comme un événement clinique significatif ▪ Noter le moment de survenue si postcoloscopie ▪ Noter le site de perforation dans le côlon ▪ Noter la cause de la perforation, l'équipement utilisé, etc. ▪ Noter les interventions et chirurgies ▪ Noter la durée du séjour ▪ Rapporter au comité Morbidité/Mortalité ▪ Faire l'analyse de cause racine (<i>root cause analysis</i>), si indiqué
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès 	<p>Fatal</p>	<p>Actions incluses ci-dessus et</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ noter le moment et la cause du décès

Sources : [31, 79].

Tableau 8. Colliger les informations concernant tout autre événement clinique significatif (ECS)

Critères	Sévérité	Actions
<p>Plusieurs autres événements cliniques non planifiés peuvent survenir à la suite d'une coloscopie et doivent être rapportés.</p> <p>La catégorisation de la sévérité des ECS est donnée ci-dessous (exception faite des hémorragies et perforations, qui ont leur propre tableau).</p> <p>Chaque événement devrait être rapporté, même s'il est estimé que la procédure n'est pas en cause (voir « Attribution de l'événement »).</p> <p>Exclure les admissions pour des raisons psychosociales.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procédure interrompue (ou non commencée) en raison d'un ECS ▪ Consultation postcoloscopie non planifiée ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation ≤ 3 jours* ▪ Utilisation d'antagonistes à la sédation ▪ Hypoxie (saturation O₂ < 85 %) ▪ Hypotension (< 90/50 mm Hg) 	<p>Mineur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Noter au rapport comme un ECS ▪ Noter si pré-, per- ou postcoloscopie. Si postcoloscopie, noter le moment de survenue ▪ Noter les détails de l'ECS ▪ Noter toutes les interventions requises ▪ Noter la durée d'hospitalisation <p>Attribution de l'événement</p> <p>Après l'analyse de cause racine de l'événement (<i>root cause analysis</i>), noter l'attribution des ECS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ certain; ▪ probable; ▪ possible; ▪ peu probable.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation de 4 à 10 jours ▪ Admission aux soins intensifs pour 1 jour ▪ Nécessitant une intervention (endoscopique ou radiologique) ▪ Nécessitant une intervention pour des blessures à d'autres tissus, incluant la peau ▪ Ventilation mécanique non planifiée lors de la sédation 	<p>Intermédiaire</p>	<p>Actions incluses ci-dessus et</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rapporter au comité Morbidité/Mortalité ▪ Analyser la cause à la racine de l'événement (<i>root cause analysis</i>), si indiqué

Critères	Sévérité	Actions
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessitant une chirurgie pour l'ECS ou d'autres séquelles ▪ Incapacité permanente ▪ Admission à l'hôpital non planifiée ou prolongement de l'hospitalisation de > 10 jours ▪ Admission aux soins intensifs > 1 jour 	Majeur	Actions incluses ci-dessus
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décès 	Fatal	Actions incluses ci-dessus et <ul style="list-style-type: none"> ▪ Noter le moment et la cause du décès

Sources : [31, 79].

* Le groupe de travail considère que toute hospitalisation équivaut à un événement cliniquement significatif et qu'un prolongement de l'hospitalisation ≤ 3 jours n'est pas mineur comme événement. Toutefois, le critère est conservé aux fins de comparaison ultérieure.

1.13 Rapport standardisé de coloscopie

Application/Responsabilité

Coloscopistes

Contexte/Objectif

Avec l'augmentation de l'utilisation de la coloscopie au Québec [82], 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, un programme d'assurance qualité doit être mis en place. La mesure efficace de la qualité de l'acte dans un tel programme suppose l'utilisation de rapports uniformes de coloscopie et d'un système d'information standard qui assure une collecte de données fiables. La standardisation des rapports facilite également la communication des résultats entre les divers professionnels de la santé et les patients [71, 83, 84].

Pour répondre à ces exigences, un rapport standardisé de coloscopie en format électronique sera utilisé au sein des unités qui ont été désignées comme sites de démonstration. Toutefois, l'utilisation d'un rapport ainsi structuré ne garantit pas la saisie complète de toutes les informations requises [83, 84].

Seuil à atteindre et exigences

Le rapport devra être complété électroniquement.

Tous les éléments devant être notés dans le contexte de la réalisation de la coloscopie par le médecin coloscopiste sont décrits dans la présente fiche. Plusieurs informations seront colligées par le médecin dans le rapport de coloscopie et également par d'autres sources d'information développées dans le cadre des travaux du groupe de travail. C'est notamment le cas du formulaire d'évaluation et de surveillance clinique de l'infirmière (annexe A) et du formulaire de demande de coloscopie (annexe B). Les éléments cliniques pertinents qui devront être colligés au rapport standardisé de coloscopie s'appliquent à toutes les coloscopies qui seront réalisées dans le cadre des projets de démonstration. Toutefois, les éléments détaillés ici sont en lien avec les indicateurs de qualité et de performance du PQDCCR.

Étant donné que des spécimens sont prélevés lors de la coloscopie et envoyés pour analyse en pathologie, le rapport de pathologie devra éventuellement être disponible en format électronique et attaché au rapport de coloscopie. De cette façon, les pathologistes, les coloscopistes ainsi que 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 1.15).

Chaque coloscopie doit être décrite dans un rapport détaillé qui doit inclure, sans s'y restreindre, les informations suivantes [71, 83, 84] :

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)).

Ces informations peuvent être tirées du système de gestion des rendez-vous ou de l'index patient local de l'installation (ou d'un index patient organisationnel de l'établissement).

Données sur l'unité d'endoscopie et les intervenants

- Identification de l'unité d'endoscopie (installation).
- Identification des intervenants (coloscopiste, assistants et infirmières).

Informations à consigner avant la coloscopie

- Obtention du consentement éclairé.
- Préparation colique (type et dose) :
 - PEG;
 - Pico-salax;
 - autres, préciser;

- *split-dosing* (O/N).
- Indication pour la coloscopie :
 - Hémorragie digestive basse,
 - Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie ou l'examen clinique (joindre les résultats),
 - Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active,
 - Rectorragie,
 - RSOS positive hors PQDCCR,
 - Anémie ferriprive documentée non expliquée,
 - Constipation ou diarrhée chronique,
 - Modification récente des habitudes intestinales,
 - Douleur abdominale chronique non expliquée,
 - Antécédents familiaux de cancer colorectal ou de polypes adénomateux (un parent au 1^{er} degré diagnostiqué **avant** l'âge de 60 ans ou 2 parents de 1^{er} degré diagnostiqués, peu importe l'âge),
 - Antécédents familiaux de syndrome génétique (syndrome de Lynch, FAP, etc.),
 - Dépistage d'une personne à risque moyen (N.B. : le PQDCCR recommande un test de RSOS comme examen de dépistage pour cette population),
 - Surveillance (joindre les résultats si disponibles – endoscopie, pathologie) : antécédents personnels de polypes adénomateux ou de cancer colorectal.

Informations à consigner lors de la coloscopie

- Date et heure de la procédure.
- Date de la dernière coloscopie, s'il y a lieu.
- Sédation : type de médication, dose utilisée.
- Type d'instrument utilisé (modèle et numéro de série).
- Qualité de la préparation intestinale :
 - Excellente : aucune ou très peu de matières fécales solides et uniquement de petites quantités de fluide nécessitant une succion;
 - Bonne : aucune ou très peu de matières fécales solides et grandes quantités de fluide nécessitant une succion;
 - Correcte (adéquat pour détecter tous les polypes > 5 mm) : débris semi-solides qui sont supprimés avec difficulté;
 - Inadéquate (non adéquat pour détecter tous les polypes > 5 mm) : matières fécales trop abondantes, lésions impossibles à éliminer et coloscopie complète impossible.
- Photo-documentation de l'intubation du cæcum avec identification de 2 points de repère (orifice appendiculaire, valvule iléo-cæcale, confluence des ténias). Si non-atteinte du cæcum, détailler les raisons justifiant la coloscopie incomplète et documenter l'atteinte du point le plus proximal.
- Durée totale de la procédure.
- Temps de retrait (délai entre l'atteinte du caecum et le retrait du coloscope par l'anus).
- Documentation des raisons justifiant un temps de retrait inférieur à la norme établie (6 min).
- Consignation des résultats pour chaque observation (polypes) :
 - localisation (cæcum, côlon ascendant, angle hépatique, côlon transverse, angle splénique, côlon descendant, côlon sigmoïde, rectum, valvule iléo-cæcale, anastomose, etc.),
 - morphologie (voir les tableaux 4 et 5),
 - taille approximative en mm (≤ 5 mm, 5-10 mm, ≥ 10 mm, ≥ 20 mm),
 - polype observé photographié (O/N),
 - polype observé réséqué (O/N),
 - résection complète (O/N),

- polype observé et non réséqué, biopsié (O/N),
 - polype réséqué (complet ou non) ou biopsié envoyé en pathologie (O/N),
 - méthode pour exciser le polype ou pour la biopsie (pinces à biopsie avec ou sans cautérisation, anses (*snaring*) avec ou sans cautérisation, anse diathermique, avec ou sans injection d'une solution saline, *endoscopic mucosal resection* (EMR), polypectomie par morceaux (*piecemeal*) ou en bloc, coagulation au plasma Argon, etc.),
 - tatouage (si fait, indiquer la localisation).
- Autres observations/anormalités suspectées : diverticulose, hémorroïdes, maladie inflammatoire de l'intestin ou autres.
 - Nombre de lésions observées.
 - Description des événements cliniques significatifs pré- et percoloscopie (voir section 1.12, tableaux 6, 7 et 8 et figure 2).

Informations à consigner après la coloscopie

- Recommandations et suivis.
- Signature électronique du coloscopiste.
- Transmission des résultats au patient et au médecin traitant.

Cibles/Indicateurs

100 % des coloscopies sont documentées à l'aide du rapport de coloscopie fourni (informatisé).

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

Application/Responsabilité

Coloscopistes

Médecins omnipraticiens

Contexte/Objectif

Les personnes avec une RSOS positive, symptomatiques ou à 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

Tel que 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 maximums médicalement acceptables représente un des grands enjeux du rehaussement des services de coloscopie. Le MSSS croit que l'atteinte de cet objectif, pour les sites de démonstration, mais aussi 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 médecins omnipraticiens et les coloscopistes des sites de démonstration. Le respect de ces recommandations contribuera à réduire les listes d'attente et à intégrer les personnes issues du dépistage en phase 2 du projet de démonstration.

Les figures 3 à 7 présentées dans les pages suivantes ont été élaborées pour préciser les algorithmes de prise en charge en fonction du risque et du suivi clinique selon la condition :

- Figure 3. Algorithme de prise en charge des personnes à risque moyen de cancer colorectal.
- Figure 4. Schéma récapitulatif du suivi recommandé à la suite d'un test de RSOS.
- Figure 5. Algorithme de prise en charge des personnes à risque légèrement ou modérément accru de CCR.
- Figure 6. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de polypes.
- Figure 7. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de CCR.

À noter que nous n'avons pas élaboré d'algorithme de prise en charge des personnes à risque très accru de cancer colorectal car nous n'avons pas retrouvé de directives cliniques claires à ce sujet, et que cela ne faisait pas partie du mandat du comité portant sur les normes cliniques. Nous avons toutefois élaboré le tableau 9, qui présente les critères diagnostiques cliniques du syndrome de Lynch en lien avec la figure 7.

Voici les définitions retenues pour les termes utilisés dans les figures 3 et 4 en ce qui concerne le résultat d'un test de RSOS positif, une coloscopie négative et le suivi approprié lorsqu'une coloscopie suit un test positif de RSOS.

Un **résultat positif au test de RSOSi** équivaut à un test où la concentration en hémoglobine humaine dépasse le seuil préalablement fixé par le PQDCCR.

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 projets pilotes de la Colombie-Britannique, de l'Australie et du Royaume-Uni. Dans le cadre du PQDCCR, 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 (p. 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 documentées au dossier [31, 80] :

- résection incomplète d'un polype;
- présence de polypes multiples non excisés complètement;
- biopsie requise;
- symptômes inexplicables;
- intervention thérapeutique subséquente requise (p. ex. : identification d'un cancer ou d'une dysplasie de haut grade);
- coloscopie incomplète (non-atteinte du 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 RSOS**. Parmi les programmes ou projets pilotes dont l'information est disponible, certains prévoient un retour au dépistage par RSOS après deux ans (Royaume-Uni, Colombie-Britannique) ou dans cinq ans (Australie, France, Manitoba), tandis que d'autres ne recommandent aucun test pour une période de 10 ans (Alberta). Sur la base de ces informations, le groupe de travail a adopté modalité : retour au RSOS dans 10 ans. Toutefois, cette dernière 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 documentées.

La raison de tout écart aux exigences indiquées doit être consignée au dossier du patient par le coloscopiste.

Tableau 9. Critères diagnostiques cliniques du syndrome de Lynch : critères d'Amsterdam II et critères de Bethesda

Amsterdam II

Au moins 3 parents avec 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 avec un CCR qui devraient faire l'objet d'un test d'instabilité des microsatellites)

B1 – L'individu avec un cancer répond aux critères Amsterdam II

B2 – L'individu a 2 tumeurs reliées au syndrome de Lynch, incluant un CCR synchrone et métachrone ou un cancer autre également relié (endomètre, ovaire, estomac, hépatobiliaire, ou un cancer du petit intestin ou carcinome à cellules transitionnelles du pelvis rénal ou urothéliales)

B3 – L'individu avec un CCR a un parent du premier degré avec un adénome colorectal détecté avant 40 ans, un CCR ou un autre cancer relié au syndrome de Lynch diagnostiqué avant 45 ans

B4 – L'individu a un CCR ou un cancer de l'endomètre qui a été diagnostiqué avant l'âge de 45 ans

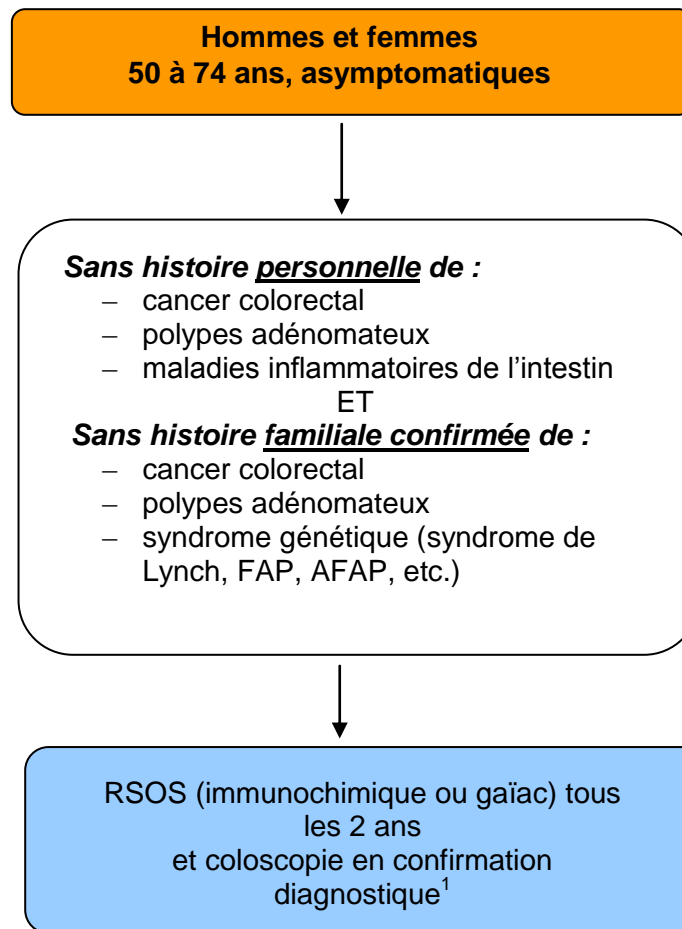
B5 – L'individu a un CCR du côlon droit d'aspect indifférencié (solide ou cribriforme) diagnostiqué avant l'âge de 45 ans

B6 – L'individu a un CCR diagnostiqué avant l'âge de 45 ans dont la proportion de cellules en forme de bague excède 50 %

B7 – L'individu a un adénome diagnostiqué avant l'âge de 40 ans

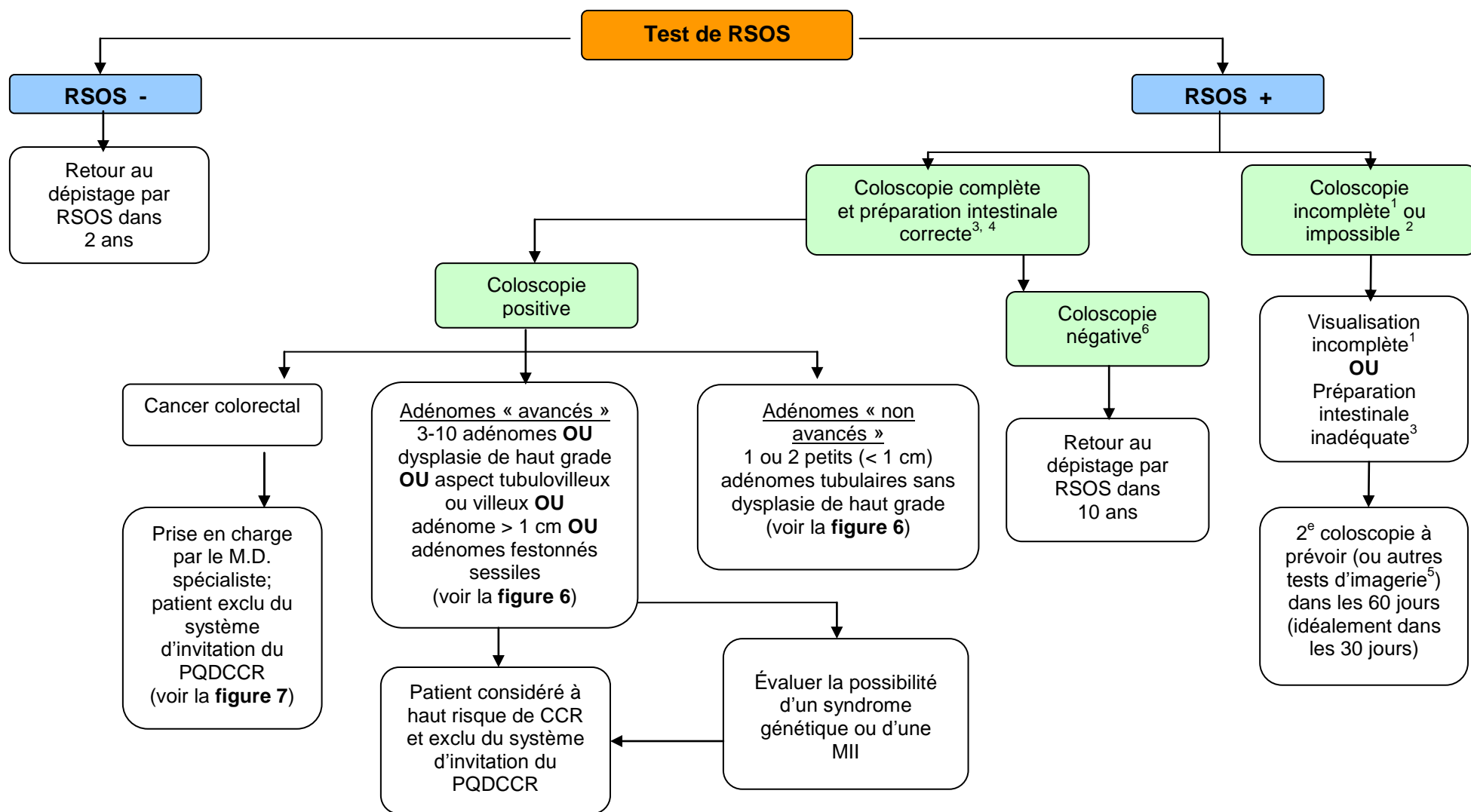
Source : Adapté de Winawer, S., Fletcher, R., Rex, D. *et al.* (2003) [91].

Figure 3. Algorithme de prise en charge des personnes à risque moyen de cancer colorectal



¹ 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 retourne au dépistage par RSOS dans 10 ans.

Figure 4. Schéma récapitulatif du suivi clinique recommandé à la suite d'un test de RSOS (personnes à risque moyen de CCR)



RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles; **CCR** : Cancer colorectal; **MII** : Maladie inflammatoire de l'intestin; **PQDCCR** : Programme québécois de dépistage du cancer colorectal; **M.D.** : Médecin

¹ Non-atteinte du cæcum.

² Condition clinique du patient ne lui permettant pas de subir une coloscopie.

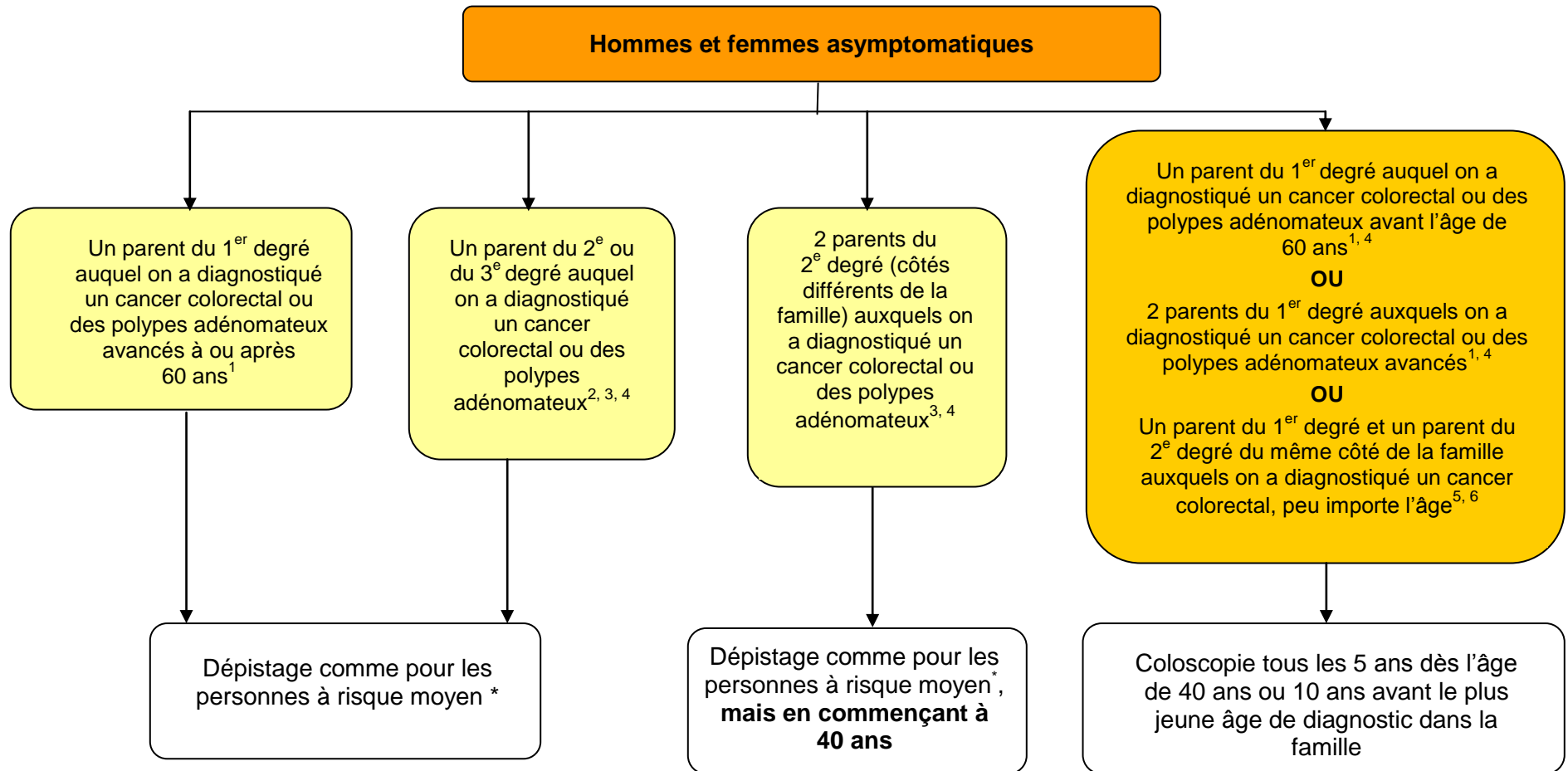
³ Voir la fiche 1.5 sur la qualité de la préparation intestinale pour les définitions des catégories.

⁴ La coloscopie a permis d'exclure les pathologies importantes ou évidentes.

⁵ Par exemple, la coloscopie virtuelle ou le lavement baryté en double contraste.

⁶ Selon la définition adoptée dans le cadre du PQDCCR (fiche 1.14).

Figure 5. Algorithme de prise en charge des personnes à risque légèrement ou modérément accru de CCR



¹ ACG (2009) [21];

² ASGE (2006) [92];

³ AGA (2003) (2008) [91,102];

⁴ CAG & CDHF (2004) [93];

⁵ Cancer Council Australia & Australian Cancer Network (2005) [94];

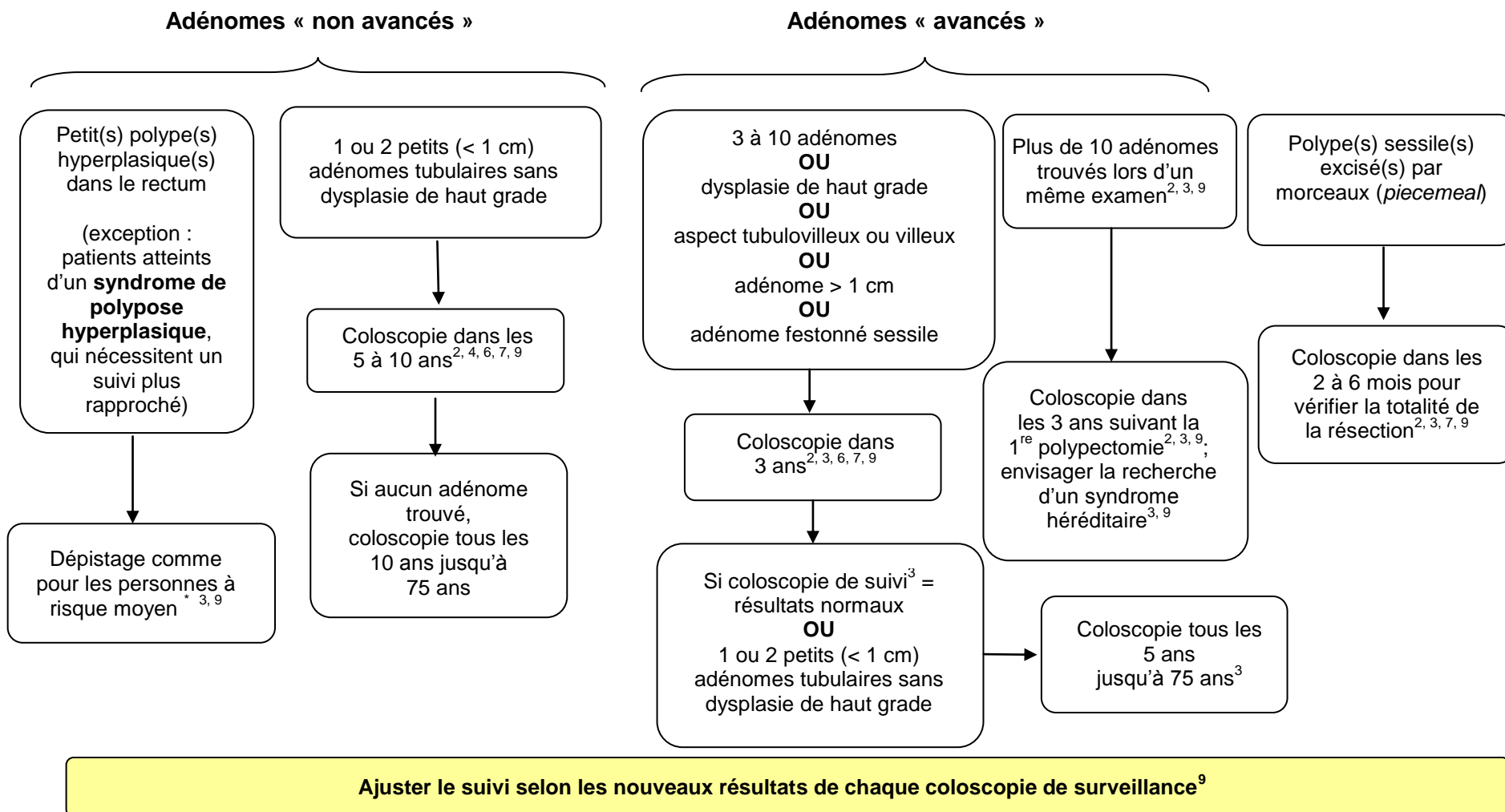
⁶ NZGG (2004) [95].

* Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOS (immunochimique ou gaïac) tous les 2 ans.

En jaune : Risque légèrement accru (deux fois plus grand). Toutefois, environ 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR^{3, 5}.

En orange : Risque modérément accru (trois à six fois plus grand). Toutefois, 70 à 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR^{3, 5}.

Figure 6. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de polypes



¹ ACG (2009) [21]; ² ASGE (2006) [92]; ³ AGA (2003; 2008) [91,102]; ⁴ CAG & CDHF (2004) [93];

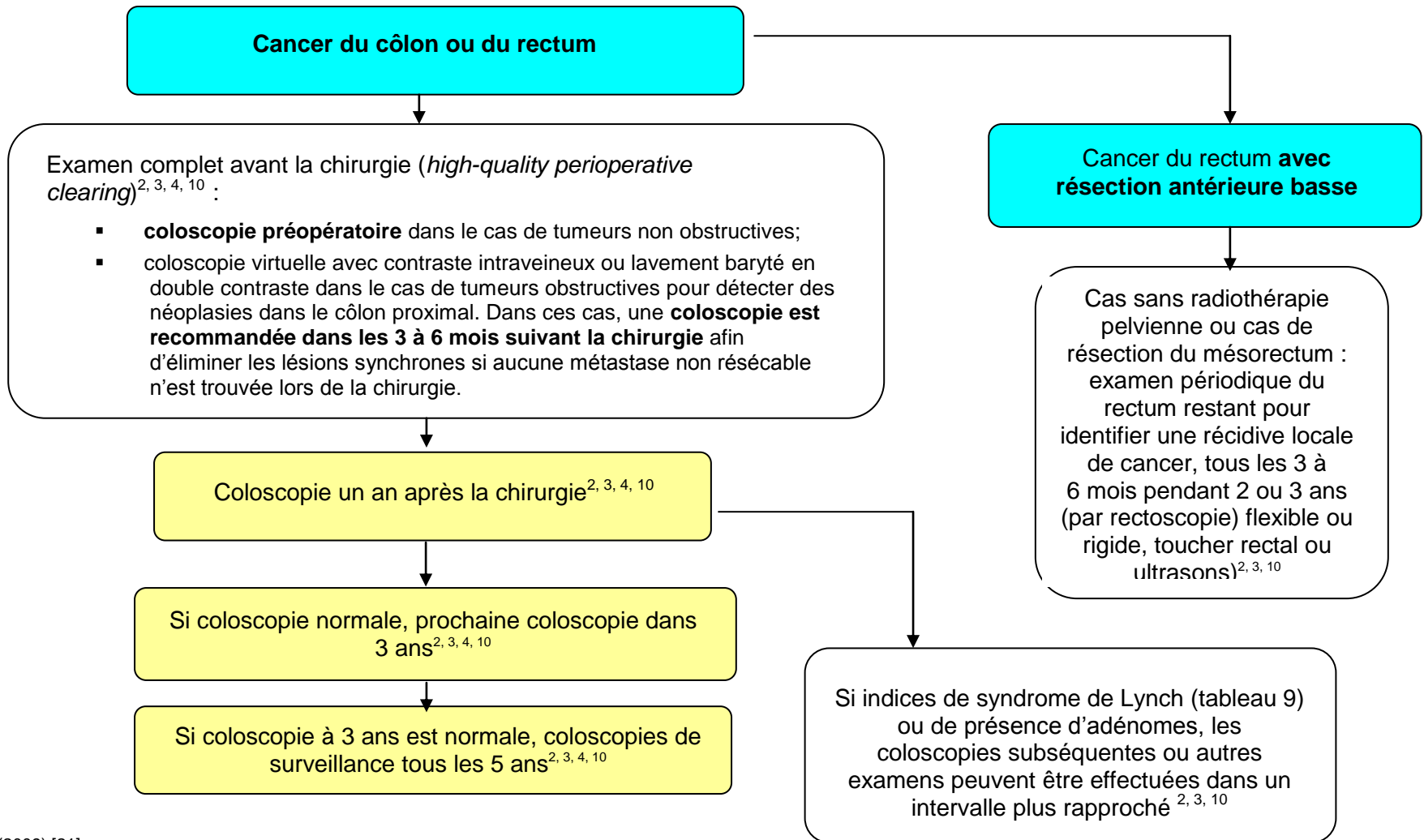
⁵ Cancer Council Australia & Australian Cancer Network (2005) [94];

⁶ NZGG (2004) [95]; ⁷ NCCN (2006) [96]; ⁸ BSG & ACPGBI (2010) [103];

⁹ US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer & ACS (2006) [99].

Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOS (immunochimique ou gaïac) tous les 2 ans.

Figure 7. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de CCR



¹ ACG (2009) [21];

² ASGE (2006) [92];

³ AGA (2003; 2008) [91,102];

⁴ CAG & CDHF (2004) [93];

⁵ Cancer Council Australia & Australian Cancer Network (2005) [94];

⁶ NZGG (2004) [95];

⁷ NCCN (2006) [96];

⁸ BSG & ACPGBI (2002) [100];

⁹ US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer & ACS (2006) [99];

¹⁰ ACS & US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (2006) [101].

1.15 Histopathologie

Application/Responsabilité

Service d'anatomopathologie/anatomopathologistes

Technologistes médicaux œuvrant 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. Ultiment, c'est à l'anatomopathologiste que revient la responsabilité de poser un diagnostic sur la nature des échantillons issus de biopsies ou de polypectomies.

Seuil à atteindre et exigences

Impact 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 [82]. Cet avis s'appuie notamment sur une étude comparative anglaise, dans laquelle on rapporte un taux de détection d'adénome 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 [85], et 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 [86].

Les établissements retenus comme sites de démonstration pour les phases 1 et 2 du déploiement du PQDCCR devront documenter leur capacité à maintenir une offre de service adéquate en anatomopathologie en prenant entre autres en considération l'augmentation du nombre de spécimens à analyser issus de coloscopies et de chirurgies, ainsi que le respect des normes d'accès et de qualité pour les spécimens 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 *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie* [87]. 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 [88]. 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 détaillé, dont l'application et le suivi sont sous la responsabilité de la DQC. Ce plan d'action porte sur les éléments à mettre en œuvre pour répondre aux divers enjeux auxquels fait face l'anatomopathologie (assurance qualité, désignation, effectifs médicaux et technologistes, organisation du travail) et sera applicable, à terme, à toutes les sphères de ce domaine, incluant l'oncologie, l'anatomopathologie diagnostique, la cytologie et les autopsies.

En rendant public ce plan d'action ministériel le 31 mars 2010, le ministre signifiait son engagement à prioriser l'anatomopathologie et à donner suite au *Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie* en élaborant un Programme québécois d'assurance qualité (PAQ) en anatomopathologie. Le PAQ en anatomopathologie a donc été annoncé en avril 2010, et la majorité des 14 actions prioritaires de ce plan d'action devront être réalisées dès sa première année de mise en œuvre.

Dans le contexte du PQDCCR, tous les laboratoires d'anatomopathologie des établissements retenus comme sites de démonstration devront se conformer aux exigences qui seront mises en place par le PAQ en anatomopathologie [88]. Notamment, ces laboratoires devront obligatoirement adhérer à un programme de contrôle externe de qualité. Par ailleurs, des particularités sont également prévues dans le contexte du PQDCCR. Parmi celles-ci se trouvent la détermination de temps de réponse et la standardisation des rapports d'anatomopathologie pour les cancers colorectaux.

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 (voir l'annexe E portant sur le *Cheminement optimal en coloscopie pour toute clientèle qui requiert cet examen et délais associés*).

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

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

Étant donné le peu de documentation sur le sujet, ces délais ont été obtenus par consensus des membres du Comité. Ils sont aussi cohérents avec les 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 présentement en cours. Les listes d'exigences minimales développées par le *College of American Pathologist* serviront de base à l'élaboration de ces rapports, lesquels 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). Le rapport standardisé d'anatomopathologie colorectale sera disponible pour les sites de démonstration en phase 2.

Mécanisme d'assurance qualité

Les mécanismes d'assurance qualité liés à l'anatomopathologie dans le contexte du PQDCCR seront définis ultérieurement, et ce, en cohérence avec le déploiement du PAQ en anatomopathologie.

Cibles/Indicateurs

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

100 % des échantillons prélevés par le coloscopiste doivent être envoyés en pathologie dans un délai inférieur à 48 heures.

100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons biopsiques doivent être terminées à l'intérieur de 5 jours ouvrables.

100 % des analyses histopathologiques sur des échantillons chirurgicaux doivent être terminées à l'intérieur de 10 jours ouvrables.

100 % des rapports de pathologie doivent être reçus par le coloscopiste au plus tard 10 jours après le prélèvement.

RÉFÉRENCES

1. Dominitz JA, Ikenberry SO, Anderson MA, Banerjee S, Baron TH, Cash BD, Fanelli RD, Gan SI, Harrison ME, 3rd, Lichtenstein D, Shen B, Van Guilder T and Lee KK. Renewal of and proctoring for endoscopic privileges. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2008. 67(1): p. 10-6.
2. Rabeneck L, Paszat LF, Hilsden RJ, Saskin R, Leddin D, Grunfeld E, Wai E, Goldwasser M, Sutradhar R and Stukel TA. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology*, 2008. 135(6): p. 1899-1906, 1906 e1.
3. Singh H, Penfold RB, DeCoster C, Kaita L, Proulx C, Taylor G, Bernstein CN and Moffatt M. Colonoscopy and its complications across a Canadian regional health authority. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009. 69(3 Pt 2): p. 665-71.
4. Spier BJ, Benson M, Pfau PR, Nelligan G, Lucey MR and Gaumnitz EA. Colonoscopy training in gastroenterology fellowships: determining competence. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2010. 71(2): p. 319-24.
5. Le Collège des médecins du Québec. Normes d'exercice en matière de coloscopie. *Le Collège*, 2010. 50(2): p. 15.
6. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, Mallery JS, Raddawi HM, Vargo JJ, 2nd, Waring JP, Fanelli RD and Wheeler-Harborough J. Methods of granting hospital privileges to perform Gastrointestinal Endoscopy; American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2002. 55(7): p. 780-3.
7. Wexner SD, Litwin D, Cohen J *et al.* Principles of privileging and credentialing for endoscopy and colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2002. 55(2): p. 145-8.
8. Conjoint committee for the recognition of training in Gastrointestinal Endoscopy (last update: 2009). Information for registrants. Sydney, Australie. Gastroenterological Society of Australia (GESA), Royal Australasian College of Physicians (RACP) and Royal Australasian College of Surgeons (RACS). 2009.
9. Romagnuolo J, Enns R, Ponich T, Springer J, Armstrong D and Barkun AN. Canadian credentialing guidelines for colonoscopy. *Can J Gastroenterol*, 2008. 22(1): p. 17-22.
10. Harewood GC. Relationship of colonoscopy completion rates and endoscopist features. *Digestive Diseases and Sciences*, 2005. 50(1): p. 47-51.
11. Radaelli F, Meucci G, Sgroi G and Minoli G: Italian Association of Hospital Gastroenterologists (AIGO). Technical performance of colonoscopy: the key role of sedation/analgesia and other quality indicators. *Am J Gastroenterol*, 2008. 103(5): p. 1122-30.
12. Québec (Province), Loi sur les infirmières et les infirmiers : L.R.Q., c. I-8 : à jour au 1^{er} mars 2011. 2009, [Québec] : Éditeur officiel du Québec. v, 11 p.
13. Québec (Province), Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., c. S-4.2 : à jour au 1^{er} mars 2011. 2009, [Québec] : Éditeur officiel du Québec. xi, 268, xxxiii p.
14. Durand S, Thibault, C, Brodeur, J, Laflamme, F et D'Anjou, H, Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : Mise à jour du guide d'application publié en 2003. Westmount : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2010.
15. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Champ d'exercice, activités réservées et autorisées. 2010.
16. 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.
17. Paterson WG, Depew WT, Pare P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ and Daniels S. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Can J Gastroenterol*, 2006. 20(6): p. 411-23.

18. Canadian Association of Gastroenterology. Position Statement: FDA Safety Alert: Oral Sodium Phosphate (OSP) Products for Bowel Cleansing. 2008, <http://www.cag-acg.org/uploads/sodiumphosphate-vanner-january2009.pdf>.
19. Food and Drug Administration. Safety Alert for human medical products. 2008, <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm094900.htm>.
20. Barkun A, Chiba N, Enns R, Marcon M, Natsheh S, Pham C, Sadowski D and Vanner S. Commonly used preparations for colonoscopy: efficacy, tolerability, and safety--a Canadian Association of Gastroenterology position paper. *Can J Gastroenterol*, 2006. 20(11): p. 699-710.
21. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA and Inadomi JM. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. *Am J Gastroenterol*, 2009. 104(3): p. 739-50.
22. Aoun E, Abdul-Baki H, Azar C, Mourad F, Barada K, Berro Z, Tarchichi M and Sharara AI. A randomized single-blind trial of split-dose PEG-electrolyte solution without dietary restriction compared with whole dose PEG-electrolyte solution with dietary restriction for colonoscopy preparation. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2005. 62(2): p. 213-8.
23. Rostom A, Jolicœur E, Dube C, Gregoire S, Patel D, Saloojee N and Lowe C. A randomized prospective trial comparing different regimens of oral sodium phosphate and polyethylene glycol-based lavage solution in the preparation of patients for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2006. 64(4): p. 544-52.
24. Parra-Blanco A, Nicolas-Perez D, Gimeno-Garcia A, Grosso B, Jimenez A, Ortega J and Quintero E. The timing of bowel preparation before colonoscopy determines the quality of cleansing, and is a significant factor contributing to the detection of flat lesions: a randomized study. *World J Gastroenterol*, 2006. 12(38): p. 6161-6.
25. Wexner SD. A consensus document on bowel preparation before colonoscopy: Prepared by a task force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Gastrointestinal Endoscopy*, 2006. 63(7): p. 894-909.
26. Rabeneck L, Zwaal C, Goodman JH, Mai V and Zamkane M. Cancer Care Ontario guaiac fecal occult blood test (FOBT) laboratory standards: evidentiary base and recommendations. *Clin Biochem*, 2008. 41(16-17): p. 1289-305.
27. Froehlich F, Wietlisbach V, Gonvers JJ, Burnand B and Vader JP. Impact of colonic cleansing on quality and diagnostic yield of colonoscopy: the European Panel of Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy European multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2005. 61(3): p. 378-84.
28. Rex DK, Petrini JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, Hoffman B, Jacobson BC, Mergener K, Petersen BT, Safdi MA, Faigel DO and Pike IM. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2006. 63(4 Suppl): p. S16-28.
29. Harewood GC, Sharma VK and de Garmo P. Impact of colonoscopy preparation quality on detection of suspected colonic neoplasia. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2003. 58(1): p. 76-9.
30. Crispin A, Birkner B, Munte A, Nusko G and Mansmann U. Process quality and incidence of acute complications in a series of more than 230,000 outpatient colonoscopies. *Endoscopy*, 2009. 41(12): p. 1018-25.
31. NHS Bowel Cancer Screening Programme. Quality Assurance Guidelines for Colonoscopy. NHS BCSP Publication No. 6. 2010.
32. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK and Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009. 69(3 Pt 2): p. 620-5.
33. BC Cancer Agency Colon Check. Colonoscopy Standards. 2009.
34. Banerjee S, Shen B, Baron TH, Nelson DB, Anderson MA, Cash BD, Dominitz JA, Gan SI, Harrison ME, Ikenberry SO, Jagannath SB, Lichtenstein D, Fanelli RD, Lee K, van

- Guider T and Stewart LE. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2008. 67(6): p. 791-8.
35. Allison MC, Sandoe JA, Tighe R, Simpson IA, Hall RJ and Elliott TS. Antibiotic prophylaxis in Gastrointestinal Endoscopy. *Gut*, 2009. 58(6): p. 869-80.
 36. Collège des médecins du Québec. Utilisation de la sédation-analgésie : lignes directrices du Collège des médecins du Québec. 2009, Montréal.
 37. Choudari CP, Rajgopal C and Palmer KR. Acute gastrointestinal haemorrhage in anticoagulated patients: diagnoses and response to endoscopic treatment. *Gut*, 1994. 35(4): p. 464-6.
 38. Witt DM, Delate T, McCool KH, Dowd MB, Clark NP, Crowther MA, Garcia DA, Ageno W, Dentali F, Hylek EM and Rector WG. Incidence and predictors of bleeding or thrombosis after polypectomy in patients receiving and not receiving anticoagulation therapy. *J Thromb Haemost*, 2009. 7(12): p. 1982-9.
 39. Douketis JD. Perioperative management of antithrombotic therapy: lifting the fog. *J Thromb Haemost*, 2009. 7(12): p. 1979-81.
 40. Hirsh J, Guyatt G, Albers GW, Harrington R and Schunemann HJ. Executive summary: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*, 2008. 133(6 Suppl): p. 71S-109S.
 41. Anderson MA, Ben-Menachem T, Gan SI, Appalaneni V, Banerjee S, Cash BD, Fisher L, Harrison ME, Fanelli RD, Fukami N, Ikenberry SO, Jain R, Khan K, Krinsky ML, Lichtenstein DR, Maple JT, Shen B, Strohmeyer L, Baron T and Dornitz JA. Management of antithrombotic agents for endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009. 70(6): p. 1060-70.
 42. Veitch AM, Baglin TP, Gershlick AH, Harnden SM, Tighe R and Cairns S. Guidelines for the management of anticoagulant and antiplatelet therapy in patients undergoing endoscopic procedures. *Gut*, 2008. 57(9): p. 1322-9.
 43. Douketis JD and Bakhsh E. Perioperative management of antithrombotic therapy. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 2008. 118(4): p. 201-8.
 44. Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof E, Fleischmann KE, Freeman WK, Froehlich JB, Kasper EK, Kersten JR, Riegel B, Robb JF, Smith SC, Jr., Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Antman EM, Buller CE, Creager MA, Ettinger SM, Faxon DP, Fuster V, Halperin JL, Hiratzka LF, Hunt SA, Lytle BW, Nishimura R, Ornato JP, Page RL, Tarkington LG and Yancy CW. 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*, 2007. 116(17): p. e418-99.
 45. Kwok A and Faigel DO. Management of anticoagulation before and after Gastrointestinal Endoscopy. *Am J Gastroenterol*, 2009. 104(12): p. 3085-97; quiz 3098.
 46. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW and Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *Jama*, 2001. 285(22): p. 2864-70.
 47. Collège des médecins du Québec. Protocole d'anticoagulothérapie : extrait des lignes directrices d'anticoagulothérapie en milieu ambulatoire. 2005, Montréal : le Collège : l'Ordre. 9 p.
 48. Mauri L, Hsieh WH, Massaro JM, Ho KK, D'Agostino R and Cutlip DE. Stent thrombosis in randomized clinical trials of drug-eluting stents. *N Engl J Med*, 2007. 356(10): p. 1020-9.
 49. Yousfi M, Gostout CJ, Baron TH, Hernandez JL, Keate R, Fleischer DE and Sorbi D. Postpolypectomy lower gastrointestinal bleeding: potential role of aspirin. *Am J Gastroenterol*, 2004. 99(9): p. 1785-9.

50. Hirsh J, Fuster V, Ansell J and Halperin JL. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation guide to warfarin therapy. *Circulation*, 2003. 107(12): p. 1692-711.
51. Douketis JD, Crowther MA, Cherian SS and Kearon CB. Physician preferences for perioperative anticoagulation in patients with a mechanical heart valve who are undergoing elective noncardiac surgery. *Chest*, 1999. 116(5): p. 1240-6.
52. Weitz JI. Low-molecular-weight heparins. *N Engl J Med*, 1997. 337(10): p. 688-98.
53. Hui AJ, Wong RM, Ching JY, Hung LC, Chung SC and Sung JJ. Risk of colonoscopic polypectomy bleeding with anticoagulants and antiplatelet agents: analysis of 1657 cases. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2004. 59(1): p. 44-8.
54. Sawhney MS, Salfiti N, Nelson DB, Lederle FA and Bond JH. Risk factors for severe delayed postpolypectomy bleeding. *Endoscopy*, 2008. 40(2): p. 115-9.
55. Shiffman ML, Farrel MT and Yee YS. Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDs. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1994. 40(4): p. 458-62.
56. Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzyllo W, Gottlieb S, Neumann FJ, Ardissino D, De Servi S, Murphy SA, Riesmeyer J, Weerakkody G, Gibson CM and Antman EM. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 2007. 357(20): p. 2001-15.
57. Diener HC, Cunha L, Forbes C, Sivenius J, Smets P and Lowenthal A. European Stroke Prevention Study. 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *Journal of the neurological sciences*, 1996. 143(1-2): p. 1-13.
58. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, Van Gelder IC, Al-Attar N, Hindricks G, Prendergast B, Heidbuchel H, Alfieri O, Angelini A, Atar D, Colonna P, De Caterina R, De Sutter J, Goette A, Gorenek B, Heldal M, Hohloser SH, Kolh P, Le Heuzey JY, Ponikowski P and Rutten FH. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 2010. 31(19): p. 2369-429.
59. Marshall JB and Barthel JS. The frequency of total colonoscopy and terminal ileal intubation in the 1990s. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1993. 39(4): p. 518-20.
60. Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF and Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. *N Engl J Med*, 2006. 355(24): p. 2533-41.
61. Hilsden RJ. Patterns of use of flexible sigmoidoscopy, colonoscopy and gastroscopy: a population-based study in a Canadian province. *Can J Gastroenterol*, 2004. 18(4): p. 213-9.
62. Barclay RL, Vicari JJ and Greenlaw RL. Effect of a time-dependent colonoscopic withdrawal protocol on adenoma detection during screening colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2008. 6(10): p. 1091-8.
63. Sanchez W, Harewood GC and Petersen BT. Evaluation of polyp detection in relation to procedure time of screening or surveillance colonoscopy. *Am J Gastroenterol*, 2004. 99(10): p. 1941-5.
64. Imperiale TF, Glowinski EA, Juliar BE, Azzouz F and Ransohoff DF. Variation in polyp detection rates at screening colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009. 69(7): p. 1288-95.
65. Simmons DT, Harewood GC, Baron TH, Petersen BT, Wang KK, Boyd-Enders F and Ott BJ. Impact of endoscopist withdrawal speed on polyp yield: implications for optimal colonoscopy withdrawal time. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2006. 24(6): p. 965-71.
66. Overholt BF, Brooks-Belli L, Grace M, Rankin K, Harrell R, Turyk M, Rosenberg FB, Barish RW and Gilinsky NH. Withdrawal times and associated factors in colonoscopy: a quality assurance multicenter assessment. *Journal of clinical gastroenterology*, 2009. 44(4): p. e80-6.
67. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Waye JD, Schapiro M, Bond JH, Panish JF and *et al.* Prevention of colorectal cancer by

- colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med*, 1993. 329(27): p. 1977-81.
68. Citarda F, Tomaselli G, Capocaccia R, Barcherini S and Crespi M. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. *Gut*, 2001. 48(6): p. 812-5.
 69. Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, Saskin R, Urbach DR and Rabeneck L. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer. *Ann Intern Med*, 2009. 150(1): p. 1-8.
 70. Kahi CJ, Imperiale TF, Juliar BE and Rex DK. Effect of screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009. 7(7): p. 770-5; quiz 711.
 71. Lieberman D, Nadel M, Smith RA, Atkin W, Duggirala SB, Fletcher R, Glick SN, Johnson CD, Levin TR, Pope JB, Potter MB, Ransohoff D, Rex D, Schoen R, Schroy P and Winawer S. Standardized colonoscopy reporting and data system: report of the Quality Assurance Task Group of the National Colorectal Cancer Roundtable. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2007. 65(6): p. 757-66.
 72. Tolliver KA and Rex DK. Colonoscopic polypectomy. *Gastroenterol Clin North Am*, 2008. 37(1): p. 229-51, ix.
 73. Rex DK and Ulbright TM. Step section histology of proximal colon polyps that appear hyperplastic by endoscopy. *Am J Gastroenterol*, 2002. 97(6): p. 1530-4.
 74. Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, Kirk LM, Litlin S, Lieberman DA, Wayne JD, Church J, Marshall JB and Riddell RH. 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*, 2002. 97(6): p. 1296-308.
 75. Riley SA. Colonoscopic polypectomy and endoscopic mucosal resection: A practical guide. 2008, http://www.bsq.org.uk/images/stories/docs/sections/endo/polypectomy_08.pdf.
 76. Monkemuller K, Neumann H, Malfertheiner P and Fry LC. Advanced colon polypectomy. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2009. 7(6): p. 641-52.
 77. Ginsberg GG, Barkun AN, Bosco JJ, Burdick JS, Isenberg GA, Nakao NL, Petersen BT, Silverman WB, Slivka A and Kelsey PB. Endoscopic tattooing: February 2002. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2002. 55(7): p. 811-4.
 78. Quality Determinants in Colorectal Cancer Screening Working Group. Quality determinants for colorectal cancer screening in Canada. 2009, Canadian Partnership Against Cancer (CPAC).
 79. Cotton PB, Eisen GM, Aabakken L, Baron TH, Hutter MM, Jacobson BC, Mergener K, Nemcek A, Jr., Petersen BT, Petrini JL, Pike IM, Rabeneck L, Romagnuolo J and Vargo JJ. A lexicon for endoscopic adverse events: report of an ASGE workshop. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2010. 71(3): p. 446-54.
 80. NHS Cancer Screening Programmes. Guidebook for programme hubs and screening centres, Version 2. 2007, NHS Bowel Cancer Screening Programme.
 81. National Bowel Cancer Screening Program Quality Working Group. Improving colonoscopy services in Australia. 2009, Australian Government Department of Health and Ageing.
 82. Miller AB, Candas B, Berthelot JM, Elwood M, Jobin G, Labrecque M and St-Pierre M. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec. 2008, Institut national de la santé publique du Québec.
 83. Lieberman DA, Faigel DO, Logan JR, Mattek N, Holub J, Eisen G, Morris C, Smith R and Nadel M. Assessment of the quality of colonoscopy reports: results from a multicenter consortium. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2009. 69(3 Pt 2): p. 645-53.
 84. Palmer LB, Abbott DH, Hamilton N, Provenzale D and Fisher DA. Quality of colonoscopy reporting in community practice. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2010. 72(2): p. 321-7, 327 e1.

85. Drolet M, Candas B and Institut national de santé publique du Québec. Unité Programmes de dépistage génétique et lutte au cancer, Revue systématique des études cliniques randomisées évaluant l'efficacité du dépistage populationnel du cancer colorectal de la population à risque moyen. 2007, [Québec] : Direction des systèmes de soins et politiques publiques, Programmes de dépistage, génétique et lutte au cancer, Institut national de santé publique du Québec. xi, 119 p.
86. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H and Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. *N Engl J Med*, 2000. 343(3): p. 162-8.
87. Québec (Province). Comité consultatif en anatomopathologie and Têtu B. Plan global d'assurance qualité en anatomopathologie <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1968626>.
88. Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (Province). Direction de la lutte contre le cancer et Québec (Province). Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques. Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1968624>.
89. National Comprehensive Cancer Network, About the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, accessible à http://www.nccn.org/professionals/physician_gls.asp. Consulté le 30 novembre 2010.
90. Hallé P et Plourde V. Association des gastro-entérologues du Québec. Compétence en coloscopie. Recommandations et position de l'Association des gastro-entérologues du Québec. Mars 2011. p. 1-19.
91. Winawer S, Fletcher R, Rex DK *et al.* Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale - Update based on new evidence. *Gastroenterology*, 2003.124(2): p. 544-560.
92. Davila RE, Rajan E, Baron TH *et al.* ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance. *Gastrointest Endosc*, 2006. 63(4): p. 546-557.
93. Leddin D, Hunt R, Champion M *et al.* Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foudation: Guidelines on colon cancer screening. *Can J Gastroenterol* 2004(2): p. 93-99.
94. Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee. Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer. The Cancer Council Australia and the Australian Cancer Network, Sydney. 2005: p. 1-368.
95. New Zealand Guidelines Group. Surveillance and management of groups at increased risk of colorectal cancer, Wellington, New Zealand. 2004: p. 1-84.
96. Levin B, Barthel JS, Burt RW R *et al.* Colorectal cancer screening Clinical Practice Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2006(4): p. 384-420.
97. Giardiello FM and Trimbath JD. Peutz-Jeghers syndrome and management recommendations. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006(4): p. 408-415.
98. Chow E, Macrae F. A review of juvenile polyposis syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2005. 20(11): p. 1634-40.
99. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH *et al.* Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2006. 130(6): p. 1872-85.
100. Dunlop MG. Guidance on large bowel surveillance for people with two first degree relatives with colorectal cancer on first degree relative diagnosed with colorectal cancer under 45 years. *GUT* 2002; 51(17): Suppl 5: p. 17-20.
101. Rex DK, Kahi CJ, Levin B *et al.* 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* 2006. 130(6): p. 1865-71.
102. Levin B, Lieberman DA, McFarland B *et al.* Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps. *Gastroenterology*, 2008. 134: p. 1570-1595.

103. Cairns SR, Scholefield JH *et al.* Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut*, 2010. 59(5): p. 666-690.
104. McCabe RP, Lewis JD *et al.* AGA Medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2010. 138(2): p. 738-745.
105. Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. 2011.

Annexe A

Formulaire d'évaluation et de surveillance clinique en coloscopie



Endoscopie digestive
Formulaire d'évaluation et de surveillance clinique

Version projet

Version projet

Date de l'examen :

Année	Mois	Jour

 Heures :

h	h
Arrivée	Départ

1- Informations générales

Raison de l'intervention : _____

Provenance du client : Domicile Unité de soins Autre établissement de santé

Le client sera accompagné par une personne après l'examen (obligatoire si coloscopie réalisée sous sédation)

Le client a reçu et dit comprendre l'information⁸ (déroulement, risques encourus, solutions alternatives et autres éléments pertinents) sur :

la coloscopie

les interventions (diagnostiques et thérapeutiques) réalisées pendant la coloscopie

la sédation et les autres médicaments administrés, selon le cas

2. Évaluation pré-coloscopie, consentement aux soins et interventions préalables à l'examen

<p><input type="checkbox"/> À jeun</p> <p><input type="checkbox"/> Diète liquide pendant 24 h</p> <p><input type="checkbox"/> Préparation colique effectuée : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IMC : _____ ou tour de taille : _____ <small>IMC = poids (kg) / (taille (m) x taille (m))</small> <small>IMC = poids (lb) / (taille (po) x taille (po)) x 703</small></p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Insulinodépendant</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucome</p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes cardiovasculaires</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Auscultation cardiaque : _____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Problèmes respiratoires (MPOC, asthme, apnée du sommeil, etc.) :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgie abdominale antérieure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres problèmes actuels ou antécédents (maladie du foie, diverticulite, constipation chronique, consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, etc.) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

8 Le mécanisme par lequel le client a reçu l'information peut varier (p. ex. : envoi postal).

<input type="checkbox"/> Réactions indésirables antérieures à la suite d'une sédation-analgésie (ou anesthésie) : <hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Autres médicaments (p. ex. : utilisation fréquente ou régulière de laxatifs) : <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Classification de l'état physique du client : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ASA 1 : client en bonne santé <input type="checkbox"/> ASA 2 : client atteint d'une affection systémique légère <input type="checkbox"/> ASA 3 : client atteint d'une affection systémique qui limite son activité, non invalidante <input type="checkbox"/> ASA 4 : client atteint d'une affection systémique grave qui présente un risque constant pour sa vie 	<input type="checkbox"/> Port de prothèses ou présence de source métallique : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> prothèses dentaires <input type="checkbox"/> appareils auditifs <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles <input type="checkbox"/> valvule cardiaque <input type="checkbox"/> défibrillateur (<i>pacemaker</i>) : <hr/>
<input type="checkbox"/> Antécédent d'intubation difficile	<input type="checkbox"/> Directives post-examen remises par écrit (pour les 24 heures suivant l'examen : ne pas conduire, ne pas prendre de décisions importantes, ne pas consommer d'alcool, de drogues, etc.)
<input type="checkbox"/> Médication antithrombotique : _____ <hr/>	<input type="checkbox"/> Accès IV en place et perméable; site : _____ <hr/>
<input type="checkbox"/> Médication devant être suspendue pour l'examen (nom, date et heure d'administration et d'arrêt) : <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> Médication administrée en prophylaxie ⁹ : _____ <hr/>
<input type="checkbox"/> Substitution par une HFPM ¹⁰ Dose et voie d'administration : _____ Début (date et heure) : _____ Dernière dose reçue (date et heure) : _____ Fréquence (p. ex. : die ou bid) : _____	<input type="checkbox"/> Signes vitaux : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TA : _____ <input type="checkbox"/> Puls : _____ <input type="checkbox"/> T° : _____ <input type="checkbox"/> Respiration : _____ <input type="checkbox"/> Oxygène : _____ <input type="checkbox"/> Saturation : _____ <input type="checkbox"/> Douleur : _____

⁹ Pour la médication administrée immédiatement avant la coloscopie.

¹⁰ HFPM : héparine de faible poids moléculaire.

Enseignement fait au client (nature et déroulement de l'examen, résultats anticipés, risques importants liés à la procédure et réponses aux questions du client)

Possibilité de grossesse

Vérification des résultats de laboratoire (s'il y a lieu) :

Consentement aux soins signé (ne peut pas être signé avant que le client ait reçu l'enseignement sur la procédure et la sédation, s'il y a lieu)

Constats d'évaluation :

Préévaluation effectuée par :

Signature de l'infirmière

3. Interventions, évaluation en cours d'évolution et surveillance clinique (per- et post-procédure)

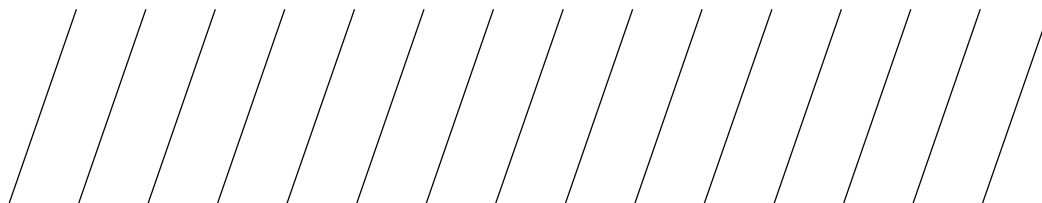
Clientèles à risque requérant une surveillance accrue :

- Personnes âgées de plus de 70 ans
- Personnes naïves à un opiacé (prise d'un nouvel opiacé depuis moins d'une semaine)
- Personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Personnes souffrant d'apnée du sommeil
- Personnes souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique
- Personnes ayant subi un traumatisme crânien
- Personnes souffrant d'obésité (IMC supérieur à 35)
- Personnes prenant d'autres médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)

Paramètres à évaluer	Échelle de douleur	Échelle de sédation	Effets secondaires
<ul style="list-style-type: none"> ○ Avant l'administration d'un dépresseur du SNC ○ Immédiatement après l'administration de chaque dose 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 ou vomissements 2 : Prurit 3 : Dépression respiratoire 4 : Autres

L'infirmière doit aviser le médecin immédiatement si la saturation en oxygène du client est inférieure à 91 %¹¹ et que son état de sédation est supérieur ou égal à 3 ou que sa fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 8 par minute.

Noms des médicaments, dose et voie d'administration :



Heure															
Niveau de douleur (0-10)															
Respiration ¹² (fréquence) ¹³															
Ronflements (Oui/Non)															
Sédation (S-4)															
Effets secondaires (0-4)															
O ₂ (débit et mode d'administration)															
Saturation O ₂															
Pression artérielle															
Pouls															
Capnographie (s'il y a lieu)															
Initiales ¹⁴ (signer à l'endroit indiqué)															

¹⁰ À l'exception des clients qui présentent une MPOC. L'infirmière doit aussi tenir compte de la valeur initiale mesurée.

¹¹ L'infirmière ne doit pas seulement évaluer la fréquence de la respiration, mais aussi **l'amplitude et le rythme** et documenter ces deux paramètres dans sa note d'observation lorsqu'ils sont anormaux, c'est-à-dire lorsque la respiration est superficielle ou irrégulière.

¹² La fréquence respiratoire normale chez l'adulte est de 12 à 20 respirations par minute, alors qu'elle est de 16 à 25 chez la personne âgée. Une fréquence respiratoire égale ou inférieure à 8 respirations par minute signifie que le client est en dépression respiratoire. Il s'agit d'une situation d'urgence.

¹³ Si l'infirmière qui administre les médicaments et assure la surveillance clinique per-coloscopie est la même, elle n'est tenue d'inscrire ses initiales qu'à la première observation ou intervention.

Marche à suivre en cas de signes ou symptômes de détresse ou de dépression respiratoire :

- Interrompre les narcotiques et médicaments dépresseurs du SNC
- Stimuler la respiration et élever la tête du lit
- Dégager les voies respiratoires
- Évaluer les paramètres toutes les 5 min ou au besoin jusqu'au maintien d'un niveau de sédation inférieur ou égal à 2 et d'une fréquence respiratoire supérieure ou égale à 8 par min pendant 3 évaluations consécutives
- Administrer de l'O₂ pour atteindre une saturation supérieure à 92 %, selon l'ordonnance
- Se préparer à administrer un antagoniste de la sédation-analgésie, selon l'ordonnance

Notes d'observation de l'infirmière : _____

Antagonistes de la sédation-analgésie administrés

Lorsqu'un antagoniste est administré au client, celui-ci doit faire l'objet d'une surveillance clinique étroite adaptée à sa condition de santé. L'infirmière doit documenter avec précision les circonstances de l'événement, les paramètres cliniques, son évaluation, ses interventions de même que les résultats sur le client.

Heure	Nom du médicament	Dose	Voie d'administration	Initiales de l'infirmière

Signature de l'infirmière/initiales

Signature de l'infirmière/initiales

4. Évaluation pour le départ du client (critères de congé)¹⁵ :

Aucun antagoniste utilisé pour renverser l'effet d'un opiacé ou d'une benzodiazépine

Si un antagoniste a été administré au client, ce dernier doit faire l'objet d'une surveillance clinique adéquate sur une période de temps suffisamment longue (minimum 120 minutes après la dernière dose d'antagoniste reçue) pour éviter une sédation de rebond. L'atteinte des critères de congé ci-dessous ne doit pas justifier systématiquement le retour à domicile du client. Ce dernier doit être vu par le médecin avant son départ de la salle de recouvrement.

Paramètres	Critères	Score ¹⁶
Motricité	• Immobile	0
	• 2 membres mobiles	1
	• 4 membres mobiles	2
Respiration	• Apnée	0
	• Ventilation superficielle, dyspnée	1
	• Ventilation profonde, toux efficace	2
Variation de la pression artérielle systolique	• Supérieure ou égale à 50 %	0
	• De 20 à 50 %	1
	• Inférieure ou égale à 20 %	2
Conscience	• Non réactif	0
	• Réactif à la demande	1
	• Éveillé	2
SpO₂	• SpO ₂ inférieure à 90 % malgré l'apport d'oxygène	0
	• SpO ₂ supérieure à 90 % grâce à l'apport d'oxygène	1
	• SpO ₂ supérieure à 92 % à l'air ambiant	2

Pour pouvoir quitter la salle de recouvrement, le client devrait 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.

Total : _____ / 10

Au départ du client :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Retrait du cathéter IV (site et cathéter intact) | <input type="checkbox"/> Client ambulant |
| <input type="checkbox"/> Rappel de l'enseignement post-intervention | <input type="checkbox"/> Client accompagné par : _____ |
| <input type="checkbox"/> Signature du formulaire d'arrêt de travail | <input type="checkbox"/> Client seul (possible seulement si l'examen a été réalisé sans sédation) |
| <input type="checkbox"/> Rendez-vous avec le médecin | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Remise des cartes d'assurance maladie et d'hôpital | _____ |

Signature de l'infirmière/initiales

Signature de l'infirmière/initiales

¹⁵ Inspiré de : Heather, E. (2006). From Aldrete to PADSS: Reviewing Discharge Criteria After Ambulatory Surgery dans Journal of PeriAnesthesia Nursing, 21(4): p. 259-267.

¹⁶ Encercler le chiffre qui correspond au score du client.

Annexe B

Formulaire de demande de coloscopie

DEMANDE DE COLOSCOPIE¹⁷



DEMANDE DE COLOSCOPIE

Provenance de la demande		Nom et prénom de l'utilisateur	
<input type="checkbox"/> CSSS	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> CLSC
<input type="checkbox"/> Cabinet		N° d'assurance maladie	
Préciser le nom : _____		Date de naissance (A, M, J)	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____		Adresse (n°, rue)	
L'utilisateur a un médecin traitant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Code postal	
Si oui, nom et adresse		Ind. rég. Résidence	
Consultation demandée par :		Téléphone	
<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Autre médecin référant	Ind. rég. Travail	
Nom		N° de permis	
N° de téléphone		Ind. rég. N° de poste	
Signature du médecin		Ind. rég. Cellulaire	
Date (année, mois, jour)		Courriel	
Retour des résultats : <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Médecin référant <input type="checkbox"/> Autres médecins particuliers			
Indiquer les noms et adresses :			
Télécopier à		Nom de l'unité d'endoscopie	
		Si médecin particulier, préciser : Dr _____	
Indication de la coloscopie		Niveau de priorité*	
IN1 <input type="checkbox"/> Hémorragie digestive basse		P1 Immédiat ≤ 24 heures	
IN2 <input type="checkbox"/> Haut indice de suspicion de cancer basé sur l'imagerie, l'endoscopie basse ou l'examen clinique (Joindre les résultats.)		P2 Urgent ≤ 14 jours	
IN3 <input type="checkbox"/> Éléments cliniques suggérant une maladie inflammatoire de l'intestin active (MII)		P3 Semi-électif ≤ 60 jours	
IN4 <input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal) (plus de) > 40 ans			
IN5 <input type="checkbox"/> Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS +)			
IN6 <input type="checkbox"/> Anémie ferriprive documentée non expliquée			
IN7 <input type="checkbox"/> Modification récente des habitudes intestinales			
IN8 <input type="checkbox"/> Histoire familiale de cancer colorectal ou de polypes adénomateux (1 parent au 1 ^{er} degré diagnostiqué avant l'âge de 60 ans ou 2 parents de 1 ^{er} degré diagnostiqués)		P4 Électif ≤ 6 mois 1^{re} coloscopie. N'inclut pas les coloscopies de suivi.	
IN9 <input type="checkbox"/> Histoire familiale de syndrome génétique (HNPCC, FAP, etc.)			
IN10 <input type="checkbox"/> Rectorragie (saignement anorectal) (moins de) < 40 ans			
IN11 <input type="checkbox"/> Dépistage pour personne à risque moyen <i>À noter que l'examen recommandé pour le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen est la RSOS.</i>		P5 Toutes les autres indications de coloscopie doivent être priorisées avant de céder des coloscopies de dépistage.	
IN12 <input type="checkbox"/> Constipation ou diarrhée chronique (fournir plus de détails)			
IN13 <input type="checkbox"/> Antécédents personnels (surveillance) : <input type="checkbox"/> Polypes adénomateux		CONTRÔLE Voir algorithmes pour le suivi approprié selon la condition. Accessibles au : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdccr/professionnels/	
IN14 <input type="checkbox"/> Cancer colorectal			
IN15 <input type="checkbox"/> Surveillance MII (8-10 ans après début symptômes)			
IN16 <input type="checkbox"/> Surveillance syndrome génétique			
Date de la dernière coloscopie Année Mois Jour		Joindre les résultats si disponibles (endoscopie, pathologie).	
Renseignements complémentaires pertinents			
MPOC oxygénéodépendant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Apnée du sommeil avec appareil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Problèmes de compréhension : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Problèmes de mobilité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Anticoagulants : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Coumadin : _____ Pradax : _____	
Antiplaquettaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autre, préciser : _____ (à suspendre)	
Aggrenox : _____ Aspirine : _____		AINS : _____	
Plavix : _____ Ticlid : _____		Aggrastat : _____ Persantine : _____	
Autre, préciser : _____		Indication : _____	
N. B. : Il est inutile de suspendre AINS, Aspirine, Persantine ou Aggrenox avant la coloscopie.			
Protocole d'anticoagulothérapie : En cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		À initier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diabète traité (insuline, hypoglycémifiants oraux, etc.) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Insuffisance cardiaque sévère classe 4 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
À l'usage de l'unité d'endoscopie		Date de réception de la demande	
		Année Mois Jour	

* N. B. : Les délais et priorités proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique.

AH-702 DT9153 (2012-02)

DEMANDE DE COLOSCOPIE

DOSSIER DE L'USAGER

¹⁷ IMPORTANT : Ce formulaire est un document de travail conçu pour les sites de démonstration du PQDCCR et est sujet à changement.
N. B. : Les délais proposés sont des cibles d'amélioration à atteindre et ne constituent pas des directives de pratique clinique.

Annexe C

Risque anesthésique selon la classification de l'état physique du patient de l'American Society of Anesthesiologists (ASA)

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 (p. ex. : hypertension contrôlée, asthme stable)
ASA III	Patient atteint d'une affection systémique modérée ou sévère qui ne limite pas ses activités (p. ex. : angine stable, diabète avec séquelle)
ASA IV	Patient atteint d'une affection systémique sévère qui représente un risque constant pour sa vie (p. 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 D

Score de CHADS₂

Score de CHADS₂

Le score de CHADS₂ a été développé dans le but d'évaluer le risque d'accident vasculaire cérébral chez les patients souffrant d'une fibrillation auriculaire [46]. 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 [58]. Cette classification tient compte du risque combiné de plusieurs facteurs dont l'âge, la condition et les antécédents personnels d'évènements 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 tableau ci-dessous). Le score de CHADS₂, entre 0 et 6, est obtenu 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 de renverser ou non une thérapie antithrombotique ou d'administrer une thérapie 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 [43, 46]

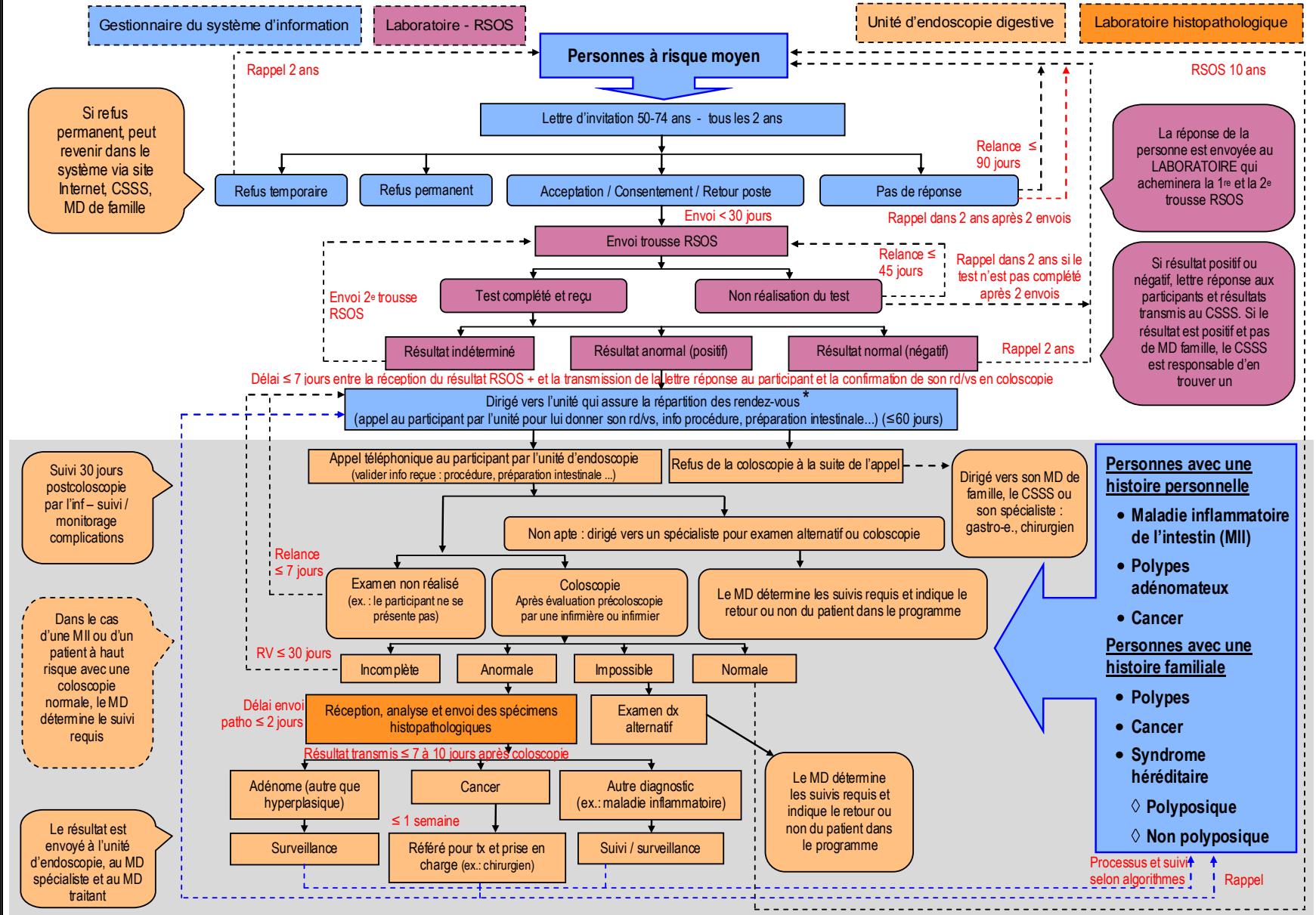
Facteur de risque	Points accordés
Insuffisance cardiaque C ongestive	1
H ypertension	1
Â ge ≥ 75 ans	1
D iabète	1
Antécédent d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire (S pour <i>stroke</i>)	2

Annexe E

Cheminement optimal en coloscopie pour toute clientèle qui requiert cet examen et délais associés

Figure 1 – Cheminement optimal de la clientèle à risque moyen dans le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) et délais associés

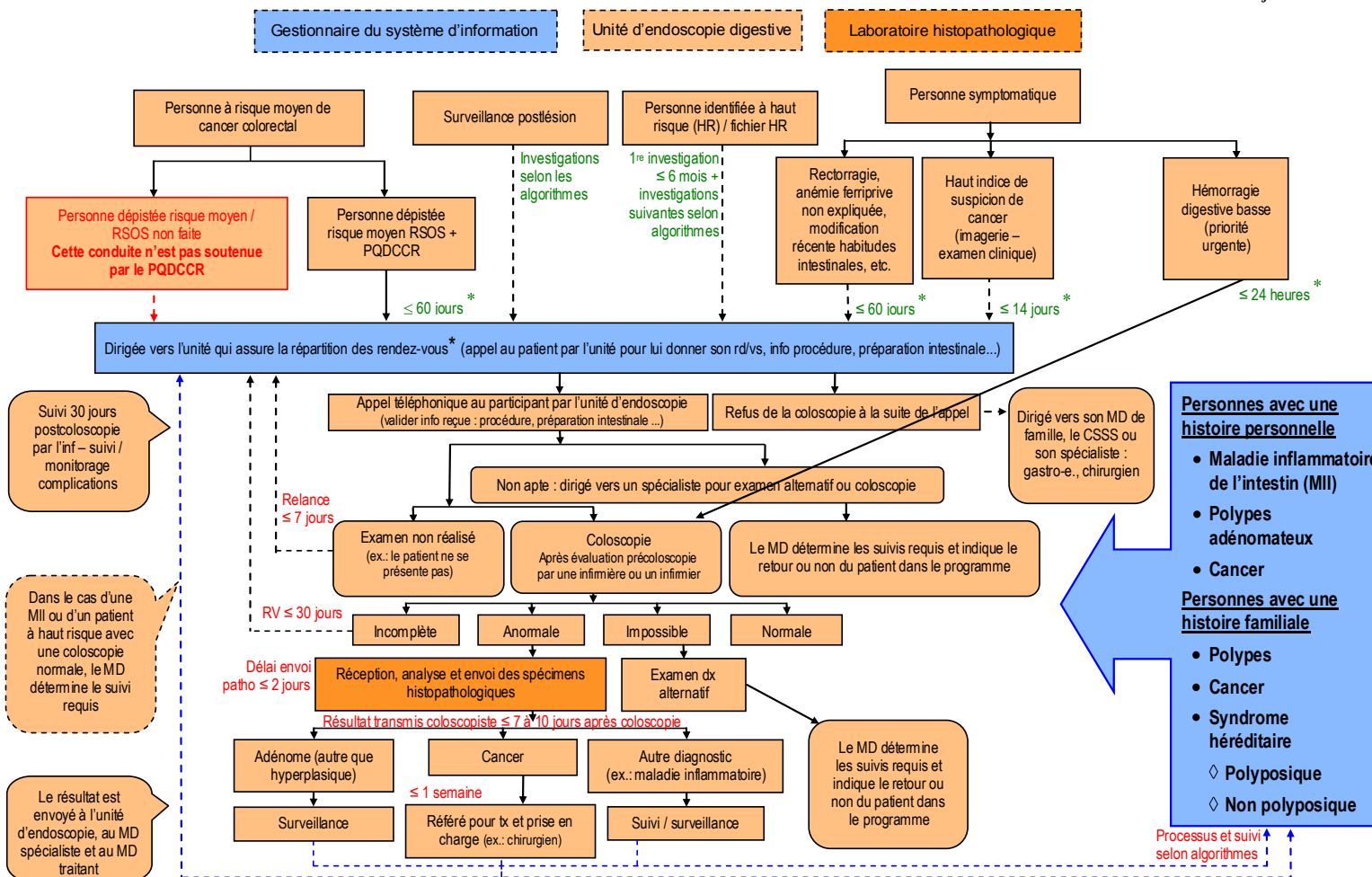
Mise à jour : 2011/09/08



* Un formulaire de requête en coloscopie sera fourni au MD pour faciliter le travail de priorisation des demandes de l'unité qui assure la répartition des rendez-vous.

Figure 2 – Cheminement optimal en coloscopie pour toute clientèle qui requiert cet examen et délais associés

Mise à jour : 2011/09/29



* Le délai représente la période entre la réception de la référence et la coloscopie.

* Un formulaire de requête en coloscopie sera fourni au MD pour faciliter le travail de priorisation des demandes de l'unité qui assure la répartition des rendez-vous.