

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

**TITRE : DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE**

APPROBATION : 12 avril 2013

DATE DE RÉVISION : 15 février 2016

Clause de non-responsabilité

La Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés présente ces directives pour qu'elles soient utilisées pour développer les politiques et les procédures et/ou les protocoles institutionnels.

La Société canadienne des infirmières et infirmiers en gastroentérologie et travailleurs associés ne peut être tenue responsable des pratiques ou des recommandations de tout membre ou autre praticien, ou des politiques de tout milieu de pratique. Les infirmières et infirmiers et les travailleurs associés n'agissent que dans les limites de leur permis d'exercice provincial et/ou des politiques institutionnelles.

Contexte :

La bronchoscopie permet d'obtenir une visualisation directe des voies respiratoires supérieures et inférieures pour diagnostiquer et prendre en charge les maladies inflammatoires, infectieuses et malignes des poumons. Le bronchoscope flexible peut être passé par voie transnasale, par voie buccale, par le biais d'une sonde endotrachéale ou nasotrachéale, ou encore par trachéostomie ou stomie. La bronchoscopie permet d'effectuer des prélèvements de sécrétions et de cellules des voies respiratoires, et une biopsie des structures des voies aériennes, des poumons et des structures médiastinales.

Indications :

- Pour obtenir des échantillons pour analyses microbiologiques et histologiques
- Pour évaluer l'hémoptysie
- Pour évaluer un abcès pulmonaire, une pneumonie ou une atélectasie non résolus
- Pour évaluer l'implication des voies aériennes chez les patients brûlés
- Pour évaluer les anomalies bronchiques
- Pour enlever les corps étrangers, les bouchons de mucus et les sécrétions excessives
- Pour évaluer l'état de la trachée et/ou des poumons avant une intervention chirurgicale
- Pour évaluer l'état de la trachée et/ou des poumons après une intervention chirurgicale, après une radiothérapie ou après une chimiothérapie
- Pour placer un cathéter pour curiethérapie avant la radiothérapie

APPROBATION : 12 AVRIL 2013

DATE DE RÉVISION : 15 FÉVRIER 2016

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

- Pour traiter les sténoses et implanter une endoprothèse
- Pour évaluer une toux persistante ou inexpiquée, une respiration sifflante, une voix rauque, ou une paralysie des cordes vocales.

Contre-indications :

- Crise d'asthme sévère
- Patient non à jeun tel que l'exigent les normes institutionnelles établies de la procédure
- Hypoxie, sauf si le patient est intubé
- Patient non coopératif
- Insuffisance respiratoire nécessitant une Fio2 élevée
- Diathèse hémorragique – thrombocytopénie ou coagulopathie grave
- Absence de consentement.

Avant la procédure :

1. L'équipement de réanimation cardio-respiratoire standard devrait être disponible dans le service de bronchoscopie, et comprendre l'équipement nécessaire pour effectuer une intubation endotrachéale et une défibrillation.
2. Toute personne soupçonnée d'être atteinte de tuberculose ou de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) doit porter un masque de protection approprié et doit être placée dans une salle à pression négative dès son arrivée au service de bronchoscopie.

On définit une salle à pression négative par la différence relative de la pression de l'air entre deux zones d'un établissement de santé. Une salle d'isolation à pression négative a une pression plus faible que celle des zones adjacentes, ce qui a pour effet d'empêcher la circulation de l'air à l'extérieur de la salle d'isolation vers les zones adjacentes. Pour être conformes aux lignes directrices du *Center for Disease Control*, les salles à pression négative des établissements de soins de santé doivent avoir un minimum de 12 échanges d'air par heure (www.biologicalcontrols.com).

3. Toute bronchoscopie doit être effectuée dans une salle à pression négative. Si la bronchoscopie est réalisée sous fluoroscopie, il faut suivre alors les lignes directrices visant la sécurité radiologique. Le consentement éclairé est obtenu par le médecin qui réalise la procédure.

Les soins infirmiers à effectuer avant la procédure sont les suivants :

- Signes vitaux de base et mesure de l'oxymétrie
- Établissement de la fonction cardiaque initiale, conformément à la politique de l'hôpital
- Vérification du statut à jeun du patient, conformément aux normes institutionnelles établies
- Allergies
- Documentation de l'éducation et de la compréhension du patient

APPROBATION : 12 AVRIL 2013

DATE DE RÉVISION : 15 FÉVRIER 2016

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

- Vérification des arrangements de sortie du patient, conformément à la politique de l'hôpital
- Passage en revue de la médication courante du patient
- Réalisation des analyses de sang requises (par ex., INR avant la biopsie transbronchique) tout résultat anormal doit être signalé au pneumologue avant la procédure
- Mettre les résultats de la radiographie des poumons et de la tomodensitométrie dans le dossier du patient; il est de la responsabilité du médecin qui réalise la procédure de passer en revue toute anomalie dans les résultats avant d'effectuer la procédure
- Installer une ligne de perfusion au patient pour la sédation consciente
- Il faut s'assurer que les patients ambulatoires ont un conducteur désigné, s'ils doivent recevoir une sédation consciente.

Pendant la procédure :

Tous les patients subissant une bronchoscopie doivent être surveillés par une infirmière ou un infirmier autorisé(e) ou par un autre fournisseur de soins de santé qualifié désigné par l'établissement. Chaque procédure doit suivre les exigences de l'établissement, l'instance dirigeante du service de santé ainsi que les exigences établies par la loi, en termes de sécurité, de contrôle des infections et de champ de pratique.

1. Toute bronchoscopie devrait être effectuée dans une salle à pression négative comprenant du matériel de réanimation et d'aspiration prêt à l'emploi.
2. Les signes vitaux et la mesure de l'oxymétrie du patient seront surveillés tout au long de la procédure et conformément aux lignes directrices visant la sédation consciente de l'établissement. Dans certains établissements, un anesthésiste est présent lors de la procédure et une surveillance par capnographie est effectuée. Un supplément d'oxygène devrait être administré pour maintenir la saturation artérielle en oxygène à 90 % ou plus.
3. Toutes les personnes qui sont présentes lors d'une bronchoscopie doivent porter un équipement de protection individuelle (EPI) approprié comprenant :
 - Un masque ajusté N95. Il est de la responsabilité de l'établissement de s'assurer que l'équipement utilisé par ses employés est bien ajusté, et que la taille adéquate de masque est bien disponible pour eux. L'essai d'ajustement des masques N95 est renouvelé tous les 2 ans, ou quand le poids d'un employé a changé rapidement. Veuillez vérifier la politique de l'hôpital à propos de l'essai d'ajustement des masques N95, car il pourrait y avoir une variation dans le calendrier des tests.
 - Lunette protectrice et écran facial
 - Blouse
 - Gants
 - Un dosimètre thermoluminescent doit être porté lors d'une fluoroscopie.
4. Des évaluations régulières sont menées pour déterminer :
 - La saturation en oxygène
 - Le suivi des signes vitaux

APPROBATION : 12 AVRIL 2013

DATE DE RÉVISION : 15 FÉVRIER 2016

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

- Le niveau de conscience du patient
 - La couleur de la peau, sa chaleur et son niveau de sécheresse
 - L'inconfort du patient
5. L'infirmière ou l'infirmier autorisé(e) aide le médecin réalisant la procédure avec ce qui suit :
- Anesthésie des voies aériennes supérieures (par ex. : traitement par nébulisateur)
 - Administration des médicaments tels que prescrit, y compris les médicaments via bronchoscope ou les médicaments administrés par voie intraveineuse que l'infirmière ou l'infirmier autorisé(e) a le droit d'administrer tel qu'approuvé par l'établissement
 - Collecte des échantillons (par ex. : biopsie, lavage et brossage)
 - Gestion des sécrétions orales par aspiration
6. L'infirmière ou l'infirmier autorisé(e) doit faire preuve de compréhension et être capable de prévoir les complications possibles, et aussi s'assurer que l'équipement à utiliser en cas de complications est prêt. Parmi les complications possibles liées à une bronchoscopie, on peut citer :
- hémorragie
 - pneumothorax
 - pneumonie d'inhalation
 - hypoxémie
 - bronchospasme
 - arythmie cardiaque
 - arrêt respiratoire ou cardiaque
 - laryngospasme
 - hypoventilation
 - fièvre / infection
 - réaction à l'anesthésie topique
 - réactions adverses au médicament

Après la procédure

1. Après la réalisation d'une bronchoscopie, il est recommandé de transférer le patient dans une salle à pression négative de la zone de récupération pour qu'il fasse l'objet d'une surveillance supplémentaire jusqu'à ce que les critères de sortie soient satisfaits. Au cours de son transfert, le patient devra porter un masque de protection approprié jusqu'à ce qu'il soit placé dans une salle à pression négative. C'est l'équipe chargée du contrôle des infections de l'établissement qui décide du type de masque de protection approprié.
2. Dès l'admission du patient dans la zone de récupération, il est obligatoire d'effectuer une évaluation respiratoire complète, de vérifier les signes vitaux, la fréquence, la profondeur et les efforts respiratoires, ainsi que la saturation en oxygène. L'oxygène d'appoint est maintenu, tel que requis, pour gérer efficacement le niveau de saturation en oxygène au-dessus de 90 %.

APPROBATION : 12 AVRIL 2013

DATE DE RÉVISION : 15 FÉVRIER 2016

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

3. La surveillance et les soins au patient après une bronchoscopie comprennent une évaluation initiale, suivie par d'autres évaluations toutes les 15 minutes jusqu'à ce que l'état du patient soit stable et qu'il obtienne son congé. Il existe des variations pour ce qui est des politiques hospitalières concernant la sédation consciente, l'infirmière ou l'infirmier autorisé(e) doit, par conséquent, suivre la politique de l'établissement où elle ou il travaille. Les évaluations faisant suite à une bronchoscopie doivent comprendre une surveillance, un suivi, et la documentation appropriée des paramètres suivants :

- Modification des signes vitaux
- Tout signe de détresse respiratoire
- Saturation en oxygène (il faut maintenir l'oxygène d'appoint jusqu'à ce que la saturation artérielle en oxygène soit stable à 90 % ou au-dessus ou qu'elle soit revenue au niveau d'avant la procédure.)
- Plainte de douleur à la poitrine ou à l'épaule
- Élévation de la température
- Niveau de conscience / état mental
- Cyanose inexplicée
- Réactions adverses au médicament
- Retour du réflexe nauséux (vérifier les indications du médecin concernant le statut à jeun du patient après la procédure, puisqu'elles peuvent varier de 2 à 6 heures.)
- Réalisation de toute radiographie des poumons et analyse de sang demandées, et s'assurer que ces examens sont bien passés en revue par le médecin ayant effectué la bronchoscopie, avant la sortie du patient
- Fournir au patient des directives de sortie écrites, conformément à la politique de l'établissement. Le patient devrait être renvoyé chez lui avec un adulte responsable. Le patient doit être prévenu de ses limites suite à une sédation consciente, en ce qui concerne la conduite et l'opération de machinerie lourde. **L'infirmière ou l'infirmier autorisé(e) doit consulter la politique de l'hôpital concernant la sédation consciente, car elle peut légèrement varier d'un établissement à l'autre.**

Références

Biological Controls (n.d.). Hospital and healthcare facilities negative pressure isolation rooms, positive pressure isolation rooms. Tiré de www.biologicalcontrols.com

Carroll, C., Slattery, D.M. (2010). Pediatric flexible bronchoscopy and its indications. *Ir Med Journal*, 103(10), 305-307.

Du Rand, I.A., Barber, P.V., Goldring, J., Lewis, R.A., Mandal, S., Munawar, M., Rintoul, R.C., Shah, P.L., Singh, S., Slade, M.G., & Woolley, A. (2011). British Thoracic Society guideline for advanced diagnostic and therapeutic flexible bronchoscopy in adults. *Thorax*, 66(3), 1-21. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200713

APPROBATION : 12 AVRIL 2013

DATE DE RÉVISION : 15 FÉVRIER 2016

DIRECTIVES POUR LA BRONCHOSCOPIE

Du Rand, I.A, Barber, P.V., Goldring, J., Lewis, R.A., Mandal, S., Munvvar, M., Rintoul, R.C., Shah, P.L., Singh, S., Slade, M.G., & Woolley, A.; BTS Interventional Bronchoscopy Guideline Group. (2011). Summary of the British Thoracic Society guidelines for advanced diagnostic and therapeutic flexible bronchoscopy in adults. *Thorax*, 66(11), 1014-1015. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-201052.

Hautmann, H., Eberhardt, R., Heine, R., Herth, F., Hetzel, J., Hetzel, M., Reichle, G., Schmidt, B., Stanze, I F., & Wagner, M. (2011). Recommendations for sedation during flexible bronchoscopy. *Pneumologie*, 65(11), 647-652. doi: 10.1055/s-0031-1291395

Konge, L., Clementsen, P, Larsen, K.R., Arendrup, H., Buchwald, C., & Ringsted, C. (2012). Establishing pass/fail criteria for bronchoscopy performance. *Respiration*, 83(2), 140-146. doi: 10.1159/000332333.

Taylor, D.L. (2010). Bronchoscopy: What critical care nurses need to know. *Critical Care Nursing Clinical of North America*, 22(1), 33-40. doi:10.1016/j.cce11.2009.10.004.