

## Corona-protocol Endoscopieafdeling

*Advies van Commissie Endoscopie NVMDL*

*Versie 2.0 – 17 april 2020.*

### Waarnemingen

- Het SARS-CoV-2 virus verspreidt zich snel over Nederland en de verspreiding lijkt plaats te vinden via aerosolen die virus partikels bevatten en in contact komen met slijmvlies (oog, mond, neus). Mogelijk speelt de faeco-orale route ook een rol.[1]
- Er kan verspreiding plaatsvinden van aerosolen tijdens een endoscopie (zowel bovenste als lage tractus digestivus)[1, 2]. Hoge tractus digestivus endoscopie waarschijnlijk het hoogste risico.
- Het is waargenomen dat sommige patiënten zich presenteren met abdominale klachten; misselijkheid, braken, diarree [1], RIVM website[3].
- Het uitvoeren van een endoscopie bij een patiënt met een potentiële besmetting vergt het gebruik van beschermende middelen voor de betrokkenen bij de zorg.

### Doelstellingen

- Voorkomen van verspreiding van SARS-CoV-2
  - Medewerkers behoeden voor besmetting met SARS-CoV-2-virus
    - Gezondheidsbescherming
    - Uitval en personeelstekort voorkomen
  - Patiënten behoeden voor besmetting met SARS-CoV-2 virus
    - Gezondheidsbescherming
    - Verdere verspreiding voorkomen
    - Overbelasting gezondheidszorg en ziekenhuiszorg voorkomen
- Beperken gebruik isolatie- en beschermingsmateriaal, en sedatiemedicatie indien schaarste dreigt
- Organisatie van zorg om de continuïteit van MDL-zorg te garanderen

### Algemene Maatregelen

Volgen van het beleid van het crisisteam van het eigen Ziekenhuis en RIVM.

Het is aan te bevelen medische staf, verpleegkundigen en secretariële ondersteuning te spreiden om te voorkomen dat er te veel MDL-artsen en verpleegkundigen tegelijk uitvallen en de 1,5 meter afstandsregel te handhaven. Met extra aandacht voor de kwetsbare leden van het team.

### Endoscopie

Alle voorgestelde maatregelen worden genomen op basis van input van experts en op basis van recente publicaties[4-6]

De zorg voor patiënten met een aandoening van de tractus digestivus kunnen worden ingedeeld in 4 categorieën.

<b>Categorie 1</b>	<b>Categorie 2</b>	<b>Categorie 3</b>	<b>Categorie 4</b>
<b>Spoed*</b>	<b>&lt; 1 maand</b>	<b>&lt; 3 maand</b>	<b>&gt;3 maand</b>
Acute bloeding	Diagnostiek en behandeling anemie met transfusiebehoefte	Diagnostiek naar anemie niet veroorzaakt door kanker	Her-analyse anemie met eerder negatieve bevindingen (< 5 jaar)
Acute buikklachten	Klachten verdacht voor aanwezigheid carcinoom <sup>1</sup>	Endoscopie bij patiënten met duidelijk behandelconsequenties <sup>2</sup>	Endoscopie bij hoge verdenking op functionele aandoening
	Coloscopie bij BVO		Studie endoscopieën zonder behandelconsequenties
Iatrogene complicaties <sup>3</sup>	Behandeling vroegcarcinoom	Behandeling pre-maligne afwijkingen met verhoogd risico op progressie <sup>4</sup>	Screening fam. CRC, poliep surveillance, surveillance Barrett-zonder dysplasie
Endoscopie bij Acute obstructie/passage klachten	Behandeling (iatrogene) GI stenose <sup>5</sup>	Pneumodilatatie/POEM bij achalasia met ernstige klachten	Pneumodilatatie/POEM bij achalasia met milde klachten
Cholangitis	Oplossen gevolgen icterus <sup>6</sup> , FNA/FNB bij verdenking maligniteit	Surveillance pancreascysten met alarmkenmerken	Surveillance pancreascysten zonder alarmkenmerken
Ernstige pancreatitis		Chronische pancreatitis	Interventie endoscopie voor benigne GE (bariatrie/GORD)
Plaatsing voedingssonde	Diagnostiek IBD <sup>7</sup>	Surveillance bij hoog risico IBD <sup>8</sup>	Surveillance dysplasie bij IBD

\*alle zorg die binnen 24-48 uur moet worden verricht om orgaanschade te voorkomen.

<sup>1</sup> Aanwezigheid alarmsymptomen voor de aanwezigheid van een maligniteit zoals ijzergebreksanemie, passageklachten, ernstig gewichtsverlies, icterus

<sup>2</sup> slokdarmvarices, coeliakie, surveillance van Lynch en Polyposis syndromen

<sup>3</sup> Complicaties na endoscopische of chirurgische behandelingen

<sup>4</sup> > 20 mm poliepen in het colon, rectum en duodenum, afwijkingen met tenminste laaggradige dysplasie in slokdarm en maag

<sup>5</sup> Slokdarm, duodenum, enterale en colon stenoses in het kader van ziekte of post-behandeling

<sup>6</sup> Pijn, Jeuk, t.b.v. oncologische behandeling,

<sup>7</sup> Zowel verdenking IBD de novo, als ook bij therapieresistentie exacerbatie

<sup>8</sup> Patient met eerder dysplasie, of i.c.m. PSC.

### Indicatie tot endoscopie

- Bij risico op besmetting moet overwogen worden de scopie uit te stellen.
- Afhankelijk van de beschikbaarheid van personeel, lokaal beleid, medicatie en beschermende middelen is een herstart te overwegen van endoscopische zorg voor patiënten uit categorie 3
- In het kader van het bevolkingsonderzoek is het aan te raden samen met de patient de noodzaak en wens tot het verrichten, dan wel uit te stellen van de coloscopie, te bespreken. Bij het risico op besmetting bij voorkeur de coloscopie uitstellen.

### Screening van patiënten

- Alle patiënten die een endoscopie ondergaan worden een dag van te voren gescreend op potentieel besmettingsgevaar\*.
  - Zie voor actieve casus definitie op [website RIVM](#)
- Bij verwijzing
  - Bovenstaande informatie verkrijgen voordat een patient wordt verplaatst
- Bij acute presentatie
  - Bij triage op de spoedeisende hulp moet een inschatting worden gemaakt op het risico op besmetting met het SARS-CoV-2 virus (lokaal protocol)
  - Indien niet betrouwbaar te achterhalen patient beschouwen als hoog risico

\*screening van asymptomatische patienten met een COVID-19 test 48 uur voor de ingreep of CT-Thorax zoals geadviseerd in de leidraad pre-operatieve diagnostiek wordt niet gevolgd voor endoscopie.

### Tabel 1: Classificatie van patienten op basis van kenmerken[4]

Laag risico	iemand zonder klachten
Hoog risico	iemand met klachten inclusief koorts welke niet door een andere aandoening kan worden verklaard, of die voldoet aan de case-definitie van het RIVM. Het valt te overwegen om SARS-CoV-2 te testen alvorens de endoscopie te verrichten

### Pre-endoscopie

- Elke patient wordt bij komst op de endoscopieafdeling opnieuw anamnestic gescreend op een eventuele besmetting met het SARS-Cov-2 virus.
- De endoscopie-wachtkamer en programma moet worden ingericht om 1,5 meter afstand te kunnen houden tussen personen.
- De patient met een hoog risico wordt gevraagd een gezichtsmasker te dragen gedurende het gehele verblijf op de endoscopie (niet tijdens de sedatie en uitslaap totdat patient spontaan een O<sub>2</sub>-saturatie van > 90% kan handhaven)

- Houd 1,5 meter afstand tot de patiënt, geen handen geven, geen fysiek contact indien niet nodig
- Handen wassen of desinfecteren voor en na elk patiëntencontact
- Het wordt aangeraden beleid te maken over de logistiek van patienten die als hoog risico worden geïdentificeerd bij het secretariaat dan wel vooraf met de eigen infectiepreventie dienst.
- De patient mag niet worden begeleid en opgehaald door mensen met een hoogrisico op SARS-CoV-2 infectie
- Begeleider, maximaal 1 persoon, mag niet mee op endoscopieafdeling en niet verblijven in de wachtkamer

#### Endoscopie bij patiënt met laag risico op besmetting

- *Beschermende maatregelen personeel*
  - Schort met lange mouwen, afhankelijk van beschikbaarheid
  - Handschoenen
  - Chirurgisch mondmasker
  - Spatbril
- Reiniging endoscopiekamer
  - Standaard schoonmaak principes zijn hier van kracht

#### Endoscopie bij hoog risico op besmetting

- Beschermende maatregelen personeel
  - FFP2 respiratiemasker\*
  - Spatbril
  - Water-resistent schort met lange mouwen#
  - Handschoenen
- Intensieve reiniging endoscopiekamer (volgens lokaal protocol bij COVID-19 infectie)

\*bij bewezen infectie wordt het lokale protocol gebruikt.

# bij beschikbaarheid heeft een water-resistent schort de voorkeur

*Er is een instructie beschikbaar hoe de beschermende maatregelen te gebruiken, volg lokale richtlijnen*

Patiënten verdacht voor of bewezen COVID-19 dienen bij voorkeur een endoscopie te ondergaan op de afdeling waar patiënt is opgenomen (COVID afdeling of IC), dan wel in een specifiek daarvoor aangewezen ruimte.

### Uitslaapkamer

- Patiënt met risico op besmetting bij voorkeur laten uitslapen op endoscopiekamer zelf of aparte eenpersoonskamer en houdt gezichtsmasker op totdat hij/zij het ziekenhuis heeft verlaten.
- Bij uitslapen van asymptomatische patiënten wordt de 1,5 meter afstand in acht genomen.

### **Desinfecteren van endoscopen**

Hierbij gelden de gebruikelijke afspraken voor het desinfecteren van endoscopen, processoren en mobiele endoscopiekarren.

### **Follow-up na endoscopie**

- Mensen bij ontslag instrueren om afdeling te informeren bij ontstaan klachten.

### **Nota Bene**

Het protocol kan frequent wijzigen t.g.v. adviezen van de lokale dienst infectiepreventie en richtlijn van het RIVM. De keuze voor persoonsbeschermdde maatregelen kan variëren naar beschikbaarheid. Lokale protocollen zijn leidend in de uitvoering van de bescherming. Dit geldt ook voor het gebruik van sedatiemedicatie als propofol en midazolam mocht er een tekort ontstaan.

1. Gu, J., B. Han, and J. Wang, *COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission*. *Gastroenterology*, 2020.
2. Johnston, E.R., N. Habib-Bein, J.M. Dueker, B. Quiroz, E. Corsaro, M. Ambrogio, M. Kingsley, G.I. Papachristou, C. Kreiss, and A. Khalid, *Risk of bacterial exposure to the endoscopist's face during endoscopy*. *Gastrointest Endosc*, 2019. **89**(4): p. 818-824.
3. RIVM, *COVID-19*; <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/covid-19>. RIVM website, 2020.
4. Alessandro Repici, Roberta Maselli, Matteo Colombo, Roberto Gabbiadini, Marco Spadaccini, Andrea Anderloni, Silvia Carrara, Alessandro Fugazza, Milena Di Leo, Piera Alessia Galtieri, Gaia Pellegatta, Elisa Chiara Ferrara, Elena Azzolini, and Michele Lagioia, *Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know*. 2020.
5. Cathryn Edwards, Alastair McKinlay, Tony Tham, Philip Newsome, Rupert Ransford, Andrew Douds, Ian Penman, and Ian Arnott, *BSG/BASL COVID-19 advice for healthcare professionals in Gastroenterology and Hepatology*. British Society of Gastroenterology, 2020.
6. R. Bakx, M.A. Boermeester, S.S. Gisbertz, V. Harris, J.L. Murk, G.D. Nossent, J.M. Prins, M. Prokop, and J. Quarles, *Leidraad pre-operatieve diagnostische work up*. 2020.