

Initier des mesures diagnostiques lors de diverticulite suspectée chez un usager référé à l'accueil clinique			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2025-12-17
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Accueil clinique		
Outils cliniques associés	CLI-60125 Accueil clinique – Demande de consultation et d'investigation		
	OIP1-1012 Diverticulite non compliquée		
	OIP1-1013 Diverticulite compliqué		

1. Professionnels visés

Infirmières œuvrant à l'accueil clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest.

2. Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Usager référé à l'accueil clinique pour une suspicion de diverticulite et répondant aux critères universels d'admissibilité à l'accueil clinique du milieu où il est référé (Annexe A).

4. Intentions thérapeutiques

- Assurer l'accessibilité aux services d'investigation et de consultation spécialisée, à l'usager présentant une condition de santé subaiguë.
- Assurer une continuité de soins à la clientèle référée.

5. Définitions

Diverticulite non compliquée : se caractérise par un processus inflammatoire localisé et non infectieux. Dans la majorité des cas, elle ne nécessite pas d'antibiothérapie, sauf en présence de facteurs de risque ou signes d'infection.

Diverticulite compliquée : se caractérise par la présence d'une complication anatomique ou infectieuse. Elle requiert une antibiothérapie intraveineuse et, selon la gravité, une prise en charge interventionnelle ou chirurgicale. Son degré de sévérité varie de simple à modérée ou grave, en fonction du type et des complications.

- **Diverticulite compliquée simple à modérée** :

- Abscess drainable.
- Microperforation.
- Fistules.

- **Diverticulite compliquée grave** :

- Sepsis.
- Obstruction.
- Péritonite.
- Perforation.

Initier des mesures diagnostiques lors de diverticulite suspectée chez un usager référé à l'accueil clinique

6. Indications

- Usager avec suspicion de diverticulite dont les principaux signes et symptômes sont :
 - Douleur aiguë et constante (sensibilité abdominale) principalement dans le quadrant inférieur gauche.
 - Fièvre.
 - Changement soudain des habitudes intestinales
 - Les symptômes persistent plus de 24 heures ou n.uisent aux activités quotidiennes.
- Usager répondant aux critères universels d'admissibilité à l'accueil clinique du milieu où il est référé (Annexe A).

7. Contre-indications

- Vomissements répétitifs.
- Fièvre (température supérieure à 38,5°C).
- Inappétence totale.
- Oligurie de plus de 12 heures.
- Plus de 2 rectorragies en 12 heures.
- Douleur abdominale sévère rendant l'usager non fonctionnel.
- Chimiothérapie active.
- Critères d'exclusion généraux de l'accueil clinique (Annexe A).

→ **Si l'usager présente une de ces contre-indications, le référer à l'urgence.**

8. Conditions d'initiation

- Référence par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée au guichet d'accueil clinique pour une suspicion de diverticulite qui demeurera responsable du suivi de l'usager.
- Présence d'une ordonnance individuelle préalablement rédigée par le médecin référent : OIPI-1012 : Diverticulite non compliquée.

9. Limites/références au médecin

- Diriger l'usager vers l'urgence si une ou plusieurs contre-indications sont présentes lors de l'évaluation et aviser le médecin/IPS référent.
- Aviser le médecin/IPS référent de tous résultats d'examens diagnostiques anormaux nécessitant une prise en charge médicale (voir algorithme Annexe B) et se référer au chirurgien de garde de l'accueil clinique si résultats anormaux ou transférer l'usager à l'urgence si présence d'un résultat critique.

10. Directives

1. À la suite de la réception de la référence, valider les conditions d'initiation et la conformité de l'ordonnance médicale :
 - Si l'ordonnance individuelle pour les antibiotiques n'est pas dûment remplie, aviser le médecin/IPS référent afin que l'ordonnance soit complétée.
 - Si la référence est refusée, envoyer le formulaire communication au médecin/IPS référent avec la mention de refus et les raisons associées.
2. Dans un délai entre **48 jusqu'à 72 heures maximum**, planifier un scan abdominal avec contraste en indiquant les renseignements cliniques pertinents tels que :
 - Examen demandé.
 - Pas de contraste si allergie sévère à l'iode ou IRC sévère connu.
 - Priorisation de la lecture de l'examen
 - Renseignements cliniques : *inscrire les informations et raison de consultation à l'accueil clinique fournies par le médecin ou l'IPS référent (signes et symptômes, fièvre, douleur persistante et aiguë dans le quadrant inférieur gauche, etc.).*
 - Nom du médecin référent ou de l'IPS, numéro de licence et coordonnées.
 - Signature datée de l'infirmière de l'accueil clinique.

Initier des mesures diagnostiques lors de diverticulite suspectée chez un usager référé à l'accueil clinique

3. Une fois le rendez-vous en radiologie obtenu, planifier le rendez-vous avec l'usager à l'accueil clinique dans un délai de 24 ad 72 heures ouvrables, **la même journée que le scan abdominal, avant celui-ci.**
4. Lors du rendez-vous, procéder à l'évaluation clinique de l'usager :
 - Manifestations cliniques.
 - Évaluation complète de la douleur et prise d'analgésie.
 - Allergies.
 - Antécédents.
 - Habitudes alimentaires et diète.
 - Signes vitaux complets.
 - **Si allergie à l'agent de contraste**, valider si l'agent de contraste auquel il a réagi a été documenté. Si oui, valider avec la radiologie si un second agent de contraste, sans réactivité croisée, pour l'examen peut être utiliser. Si non, aviser la radiologie de faire le scan sans contraste.
5. Initier les examens diagnostics suivants lors du rendez-vous et laisser un cathéter IV 20G ou 22G en place pour le scan :
 - FSC.
 - Créatinine, Na⁺, K⁺, Glycémie, Urée, Chlorure (P1 ou Profil de base).
 - ALT, Bilirubine totale, GGT, ALP (P4 ou profil hépatique).
 - Amylase pancréatique.
 - Protéine C-réactive.
 - BHCG si femme âgée de 50 ans et moins.
 - Analyse + Culture d'urine (si symptôme urinaire).
6. Aviser la radiologie du résultat de créatinine (pour les usagers connus IR seulement), avant que l'usager fasse son scan abdominal. Cela déterminera l'injection de contraste ou non.
7. Demander à l'usager de demeurer présent dans l'hôpital jusqu'à la lecture du scan par le radiologiste.
8. À la suite de la réception des résultats de laboratoire, aviser le médecin ou l'IPS référent si les résultats sont anormaux et/ou signaler le chirurgien de garde de l'accueil clinique ou transférer l'usager à l'urgence si présence d'un résultat critique.
9. À la suite de la réception du résultat du scan abdominal :
 - Si absence de diverticulite et/ou découverte autre :**
 - Aviser le médecin référent.
 - Fin de l'épisode de soins à l'accueil clinique.
 - Si présence de diverticulite non compliquée :**
 - Évaluer si l'usager possède des facteurs de risques.
 - Immunosuppression.
 - Comorbidités chez les personnes âgées (exemple : insuffisance rénale chronique, diabète mal contrôlé).
 - Symptômes présents depuis > 5 jours.
 - Protéine C réactive élevée (> 150 mg/L).
 - Leucocytose ($\geq 12 \times 10^9$ cellules/L).
 - Prise chronique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de corticostéroïdes ou d'opioïdes.
 - **Si absence de facteurs de risques**, ne pas initier d'antibiotiques. Inscire ne pas administrer antibiotique sur l'OIPI-1012 prescrit préalablement par le médecin référent.
 - **Si présence de facteurs de risques**, initier l'OIPI-1012 en s'assurant d'inscrire **le résultat de clairance de créatinine** sur le formulaire afin que le pharmacien puisse ajuster la dose en fonction du résultat.

- Envoyer l'OIPI-1012 à la pharmacie communautaire de l'usager si ce n'est pas déjà fait ou appeler le pharmacien communautaire afin qu'il initie l'antibiothérapie.
- Demander une consultation avec une nutritionniste, selon les trajectoires internes.
- Demander une consultation en chirurgie générale, si récidives de plus de 3 diverticulites non compliquées. Aviser l'usager de la date et l'heure de son rendez-vous : Délai maximal de 1 à 2 mois.
- Aviser le médecin référent afin que ce dernier puisse :
 - Assurer un suivi 1 à 2 semaines post antibiotiques ou évènement.
 - Demander une colonoscopie en remplissant la AH-702, voir annexe D pour les recommandations.
 - Demander une consultation en chirurgie selon son jugement si cela n'est pas fait précédemment par l'accueil clinique.
 - Signaler le chirurgien de garde si aucune amélioration depuis le suivi à l'accueil clinique.
- Effectuer l'enseignement à l'usager et lui remettre le feuillet intitulé «Diverticulite» :
 - Promotion de saines habitudes de vie.
 - Facteurs de risques reliés à sa condition de santé.
 - Éléments de surveillance : Reconnaître les signes et symptômes de détérioration clinique et en aviser son médecin ou IPS référent.
 - Expliquer pourquoi des antibiotiques ne sont pas prescrits (usagers sans facteurs de risques seulement).
 - Gestion de la prise de médication, le cas échéant.
 - Enseigner que l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les opioïdes, pris à court terme, peuvent aider à soulager les symptômes ainsi que l'antidouleur prescrit qui sera disponible pour lui à sa pharmacie communautaire.
 - Remettre le plan nutritionnel.

Si présence de diverticulite compliquée :

- Appeler le chirurgien de garde qui donnera la conduite :
 - Antibiotique à administrer en médecine de jour puis suivi en externe pour antibiotique prescrit dans l'OIPI –1013 par le chirurgien; (faire l'enseignement et remettre le feuillet intitulé «Diverticulite».
 - Hospitalisation si lit disponible.
Référence à l'urgence.
- Demander une consultation avec le chirurgien général la journée même.
- Aviser le médecin référent.

10. Envoyer au médecin ou à l'IPS référent un résumé d'investigation incluant les résultats de laboratoire et de scan, la consultation en chirurgie, s'il y a lieu et les notes infirmières dès que l'épisode de soins est complété.

11. Médecin répondant

Se référer au chirurgien de garde à l'accueil clinique selon les directions de l'Annexe B : Algorithme mesures diagnostiques diverticulite et Annexe C.

12. Annexes

Annexe A : Critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique CISSMO

Annexe B : Algorithme mesures diagnostiques diverticulite

Annexe C : Algorithme suivi des résultats du CT-scan diverticulite

Annexe D : Recommandations colonoscopie

13. Références

Hall, J., Hardiman, K., Lee, S., Lightner, A., Stocchi, L., Paquette, I. M., & Steele, S. R. (2020). Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 63(6), 728–747. Repéré à : <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001679> FASCRS+1

INESS. (2024). Médicament antibiotique – Infection intra-abdominale chez l'adulte, Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/GUO_IIA.pdf

Qaseem A., Etzeandia-Ikobaltzeta I., Lin J.S., Fitterman N., Shamliyan T., Wilt T.J. ; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. (2022). Colonoscopy for diagnostic evaluation and interventions to prevent recurrence after acute left-sided colonic diverticulitis: A clinical guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 175(3), 416-431. Repéré à : <https://doi.org/10.7326/M21-2711> [acponline.org+2pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35212111/)

Raghavendran, K. (2024). Acute colonic diverticulitis: Outpatient management and follow-up. In UpToDate. Wolters Kluwer. Repéré à : <https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-outpatient-management-and-follow-up> UpToDate+1

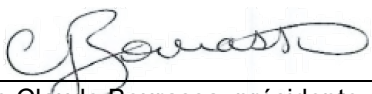
Young-Fadok, T., & Pemberton, J.H. (2014). Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults. Repéré à : http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-diverticulitis-in-adults?source=search_result&search=diverticulite&selectedTitle=3%7E17

Young-Fadok, T., & Pemberton, J.H. (2014). Nonoperative management of acute uncomplicated diverticulitis. Repéré à : http://www.uptodate.com/contents/nonoperative-management-of-acute-uncomplicated-diverticulitis?source=search_result&search=diverticulite&selectedTitle=1%7E17

Young-Fadok, T., & Pemberton, J.H. (2014). Management of acute complicated diverticulitis. Repéré à : http://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-complicated-diverticulitis?source=search_result&search=diverticulite&selectedTitle=2%7E17 iness about 2024

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Christelle Robert, conseillère cadre spécialisée- Soins critiques	2025-11-10
	Geneviève Huot, conseillère en soins infirmiers, volet soins critiques	2025-11-10
Personnes consultées	Karine Tremblay, infirmière clinicienne à l'accueil clinique	2025-05-27
	Christo Totunov, infirmier clinicien à l'accueil clinique	2025-09-04
	Denise Gagné, infirmière chef des cliniques spécialisées, de l'endoscopie, de l'accueil clinique et URDM, Vaudreuil-Suroit	2025-05-27
	Chantal Landry, infirmière chef des cliniques spécialisées, endoscopie et accueil clinique, Hôpital Anna Laberge	2025-05-27
	Valérie Duvernay, directrice adjointe intérimaire - Direction des programmes de soins critiques et spécialisés (DPSCS)	2025-09-04
	Sophie Goneau, chef adjointe aux affaires professionnelles Département de pharmacie - DSPeM	2025-10-30
	Hélène Soriya Kvann, Adjointe au chef - système d'information pharmaceutique et des technologies Département de pharmacie - DSPeM	2025-09-11
	Dre Meagan Lepitre, omniopraticienne	2025-08-25
	Dre Catherine Guyot, chef du département de chirurgie	2025-09-09
	Dr Frédéric Bédard-Dallaire, radiologue	2025-09-11
	Dre Stéphanie Simard, cheffe médicale de la chirurgie	2025-09-12
	Dr Jonathan Frigault, chef adjoint du département de chirurgie	2025-09-11
	Dre Anne-Marie Lessard, radiologue	2025-09-11

Processus de recommandation		
Recommandé par le(s) chef(s) de départements médicaux	 Dr Catherine Guyot, Chef de département de chirurgie	2025-12-08

Historique du document		
Approuvé par	 Dre Claude Bourassa, présidente Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes	2025-12-17

Annulation d'outils cliniques existants		
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :		
Installation(s)	Annulation	

CRITÈRES GÉNÉRAUX D'ADMISSIBILITÉ DE L'ACCUEIL CLINIQUE

CRITÈRES D'INCLUSION

- Usager âgé de 18 ans et plus.
- Clientèle ambulatoire :
 - Condition physique permettant les déplacements.
 - Avoir un réseau de soutien en cas de trouble cognitif non compensé.
- Diagnostic(s) et/ou symptôme(s) correspondant à la liste des pathologies déterminées par l'équipe de l'accueil clinique.
- Référence d'un médecin ou d'une IPS.
- Demande de référence à l'accueil clinique complétée par le médecin ou l'IPS référant et ce dernier assurent le suivi de l'usager.

CRITÈRES D'EXCLUSION

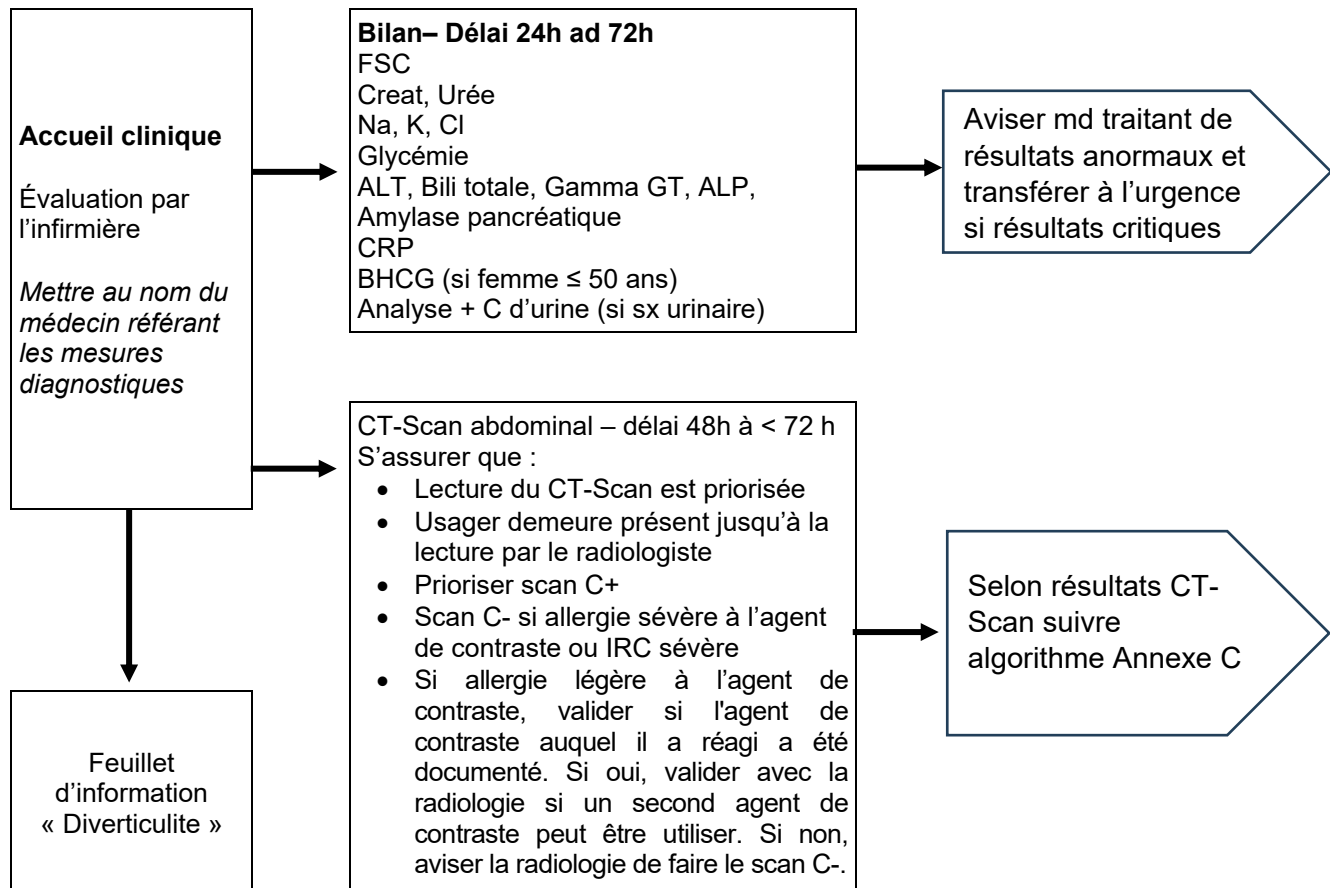
- Condition de santé requérant une prise en charge urgente.
- Usager ayant une problématique de santé mentale décompensée.
- Usager présentant un de ces critères :
 - Rythme cardiaque supérieur à 120/minute.
 - Rythme respiratoire supérieur à 28/minute.
 - Tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg ou supérieure ou égale à 200 mmHg.
 - Tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 120 mmHg.
 - Température inférieure à 35°C ou supérieure à 38°C.
 - Saturation O2 inférieure à 90% ou 88% pour les usagers MPOC.
 - Altération de l'état de conscience.
 - Glycémie capillaire inférieure à 3 mmol/L ou supérieure à 18 mmol/L symptomatique pour la clientèle diabétique.

NOTE

- Une note sera envoyée et une communication verbale sera faite au médecin ou l'IPS demandeur si l'usager ne cadre pas dans les critères d'admissibilité.
- Si l'usager se présente à l'accueil clinique avec un ou des critères d'exclusion, il sera redirigé à l'urgence. Le médecin ou IPS demandeur sera ensuite avisé par une note.

Diverticulite suspectée

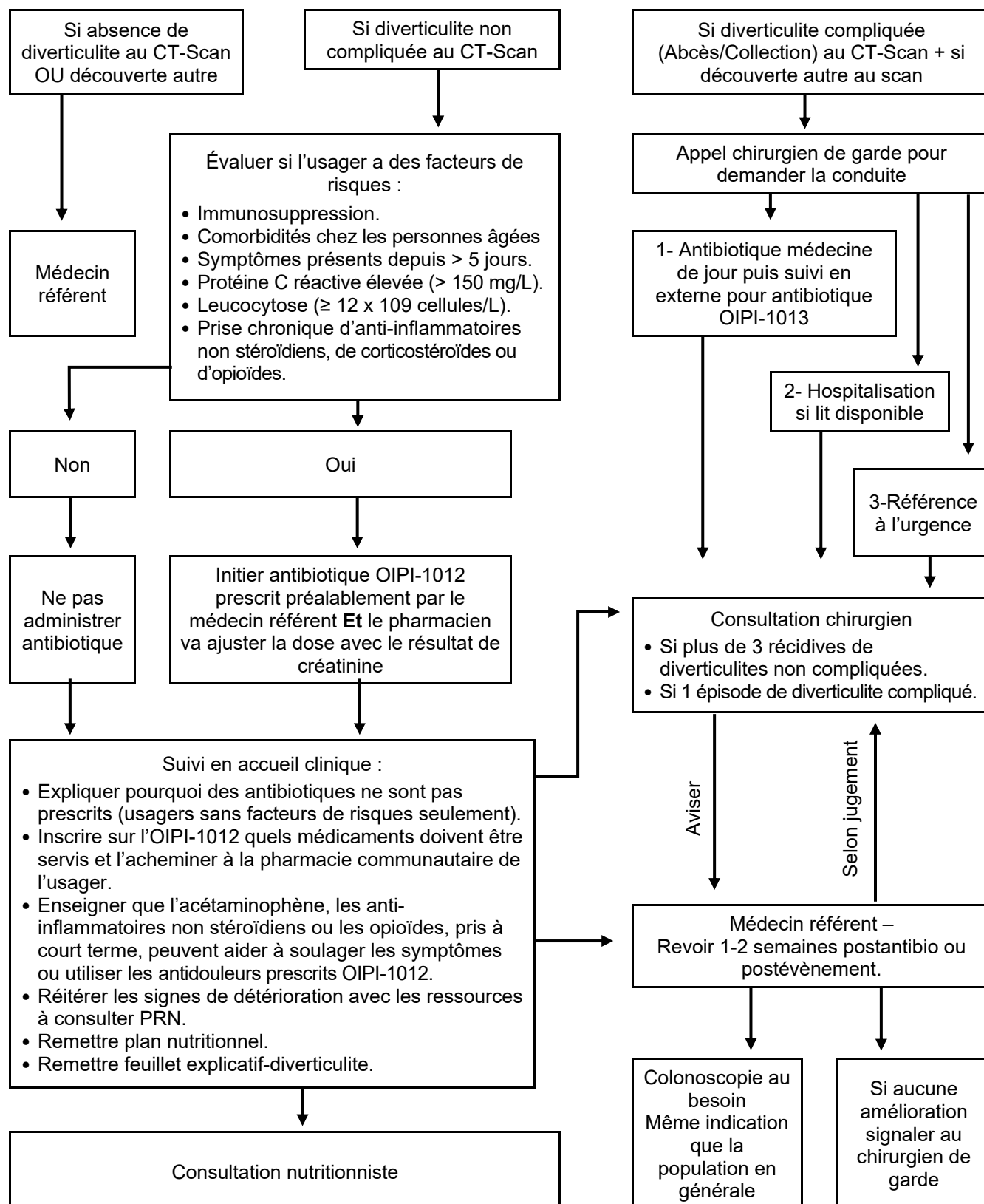
Accueil clinique/mesures diagnostiques



ANNEXE C

Diverticulite suspectée

Accueil clinique/suivi des résultats du CT-scan



Initier des mesures diagnostiques lors de diverticulite suspectée chez un usager référé à l'accueil clinique

Recommandation colonoscopie

Une colonoscopie de suivi n'est pas recommandée pour la majorité des usagers. Une colonoscopie à 6 semaines suivant l'épisode peut toutefois être nécessaire si aucune colonoscopie de qualité n'a été effectuée récemment chez :

Indications absolues:

- Un usager ayant une « image atypique au scan ».
- Un usager souffrant de diverticulite compliquée ET n'ayant pas fait de coloscopie post-diverticulite dans la dernière année.
- Un usager souffrant d'une présentation atypique de diverticulite (symptômes atypiques et localisation inhabituelle).
- Un usager souffrant de diverticulite non compliquée qui présentent toujours des symptômes.

Indication relative :

- Un usager souffrant de diverticulites récidivantes non compliquées
- Un usager souffrant de diverticulites du colon droit/transverse.
- Un usager souffrant d'une diverticulite compliquée et ayant des facteurs de risques au cancer colorectal (personnes âgées, perte de poids involontaire, modification d'un transit intestinal, présence de sang dans les selles et/ou douleurs abdominales persistantes, malnutrition (taux d'albumine bas)

Selon évaluation médicale et discussion avec l'usager par son référent, au besoin faire une référence en chirurgie pour avis.