

CAIR EXPRESS

Bulletin officiel de l'Association canadienne pour la radiologie d'intervention

ÉDITION SPÉCIALE - COVID-19

DANS CE NUMÉRO

- **Blogue du Président: Quel impact la COVID-19 a-t-elle sur CAIR ?**
- **Dernière nouvelles:**
 - Première assemblée générale annuelle (AGA) virtuelle
 - Club d'Angio Virtuel
 - Section des résidents, fellows et étudiants
- **Histoires en vedette : Comment nos collègues de l'autre côté de la frontière et de l'autre côté de l'océan ont traité la COVID-19**
 - Le service national de santé du Royaume-Uni relève les défis de la COVID19
 - NY se remet d'un coup dur asséné par la COVID-19 - les leçons à en tirer (en vue de la deuxième vague ?)
- **Au cas où vous l'auriez manqué (ACOVLM) :**
 - Ligne directrice COVID-19
 - Cas du mois
 - Directive de réadmission - Medtech
- **Nouvelles des partenaires corporatifs**

BLOGUE DU PRÉSIDENT

Quel impact la COVID-19 a-t-elle eu sur CAIR ?

Chers membres,

Penser à 2019 s'assimile de certaines façons à penser à un tout autre monde. Dans ce monde, CAIR a rassemblé, en personne, un grand nombre de professionnels en RI lors d'importants moments tels que l'assemblée annuelle, où nous pouvions nous asseoir les uns à côté des autres et où nous pouvions présenter, écouter et nous engager dans la vraie vie.

Nous avons pris la difficile décision d'annuler notre événement de 2020, mais nous sommes toujours reconnaissants pour le soutien et le professionnalisme constants de notre communauté de professionnels de la santé, de membres, de partenaires corporatifs et d'autres parties prenantes.

Pour l'avenir, nous nous rendons compte que, même si nos méthodes de prestation ont changé, nos objectifs demeurent les mêmes : procurer de la valeur à nos membres en faisant progresser ce que nous offrons en matière de sciences et d'éducation dans un monde où la pandémie de COVID-19 continue d'imposer des exigences professionnelles et personnelles à la communauté de RI.

Nous devons poursuivre notre important travail de promotion de la RI et des interventions peu invasives auprès des patients, des groupes de défense des intérêts des patients, d'autres professionnels de la santé, et des décideurs politiques dans le cadre de l'Initiative CAIR.



De nouvelles initiatives sont en cours : nous avons lancé un nouveau Club angio virtuel et une nouvelle section à l'intention des résidents, des fellows et des étudiants!

Nous devons également faire face à d'autres réalités. Au cours des dernières semaines, nous avons écouté les conversations qui ont cours à l'interne et à l'échelle du monde au sujet des inégalités raciales vécues par les Noirs et leurs collectivités. Le vaste mouvement de protestations contre l'injustice raciale et la violence contre les Noirs nous indiquent que nous sommes à la croisée des chemins de la démocratie et des droits de la personne, non seulement au sud de la frontière, mais aussi ici, au Canada.

Dans le monde entier, des organisations de santé déclarent que le racisme contre les Noirs est une crise de santé publique. Ici à CAIR, nous faisons valoir l'égalité et la justice pour tous et une tolérance zéro pour tout type de racisme, de sectarisme et de haine.

Le racisme existe partout, y compris dans le système de santé canadien et, en tant que professionnels de la santé, nous devons nous engager à le remettre en question chaque fois que nous le voyons et nous efforcer de fournir le niveau le plus élevé de soins de santé possible en tant que l'un des droits fondamentaux que détient chaque être humain. De plus, nous devons proclamer : la vie des Noirs compte.

Plus que jamais, nous partageons un but et un engagement communs dans le cadre desquels les professionnels de la santé font preuve de compassion et de collaboration.

Nous avons constitué une excellente équipe. En avril, nous avons accueilli Luciana Nechita à titre de directrice générale de CAIR.

Sous sa direction et avec le conseil d'administration de CAIR, nous prévoyons consolider notre vision de rassembler la communauté de RI et de collaborer avec des regroupements de patients et d'autres alliés en vue de contribuer à rehausser l'accès des Canadiens à des traitements assistés par l'imagerie, minimalement invasifs, efficaces et adaptés aux patients.

La force de CAIR provient de nos membres, et c'est par leur adhésion et leur engagement que CAIR est en mesure de faire progresser notre profession.

2020, est-ce enfin fini? Malgré nos nouveaux défis, je continuerai de veiller sur notre mission tout en restant à l'écoute et en travaillant avec vous!

Dr. Amol Mujoomdar
Président de CAIR

Merci



DERNIÈRES NOUVELLES



En raison de la pandémie COVID-19 et des exigences d'éloignement physique dans tout le pays, l'Association canadienne de radiologie d'intervention (CAIR) a tenu sa première assemblée générale annuelle (AGA) virtuelle pour ses membres le 11 juin 2020 à 20 h 00 HNE.

Faits marquants :

- Les membres ont approuvé les modifications proposées aux règlements permettant de tenir les futures réunions de manière virtuelle.
- Les états financiers de 2019 ainsi que la nomination du réviseur financier pour 2020 ont été examinés et approuvés.
- Nous avons remercié notre directeur sortant, Dr Bob Cook, pour ses dix années de service et avons accueilli Dr Melissa Skanes en tant que nouvelle directrice. La liste des membres du conseil d'administration pour 2020 a été présentée, votée et approuvée.
- Nous avons offert un aperçu des activités de CAIR pour 2019.

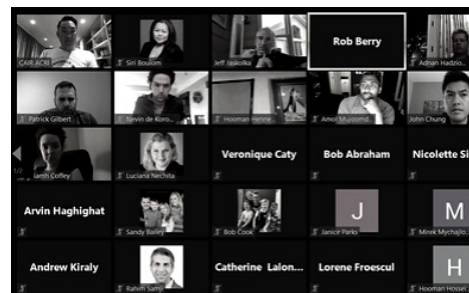


Merci
Dr. Bob Cook!



Bienvenue
Dr. Melissa Skanes!

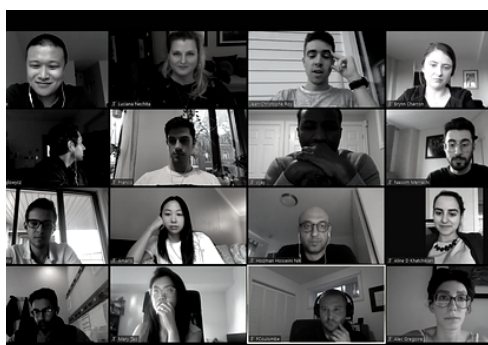
CLUB D'ANGIO VIRTUEL



Organisée par le Dr Jason Wong et le Dr Amol Mujoomdar via Zoom, cette première réunion inaugurale a eu lieu le 23 juin 2020 et a rassemblé six radiologues interventionnels à travers le Canada.

Orateurs:

- Dr. Amol Mujoomdar, London (Osteoid Osteoma)
- Dr. Rob Berry, Halifax (Extreme Y90 Case)
- Dr. John Chung, Vancouver (Presentation of a UFE Case)
- Dr. Patrick Gilbert, Montreal (Thoracic Duct Embolisation Post ENT Surgery)
- Dr. Adnan Hadziomerovic, Ottawa (Embolization of a Mycotic Common Hepatic Pseudoaneurysm)
- Dr. Jason Wong, Calgary (A Stuck Permcath and Management)



SECTION DES RÉSIDENTS, FELLOWS ET ÉTUDIANTS

Dirigée par le Dr Kevin Shixiao He, représentant résident au conseil d'administration de CAIR et Président inaugural de la RFS, la nouvelle section a tenu sa première réunion en juin avec plus d'une douzaine de représentants et sera bientôt présente dans les 16 programmes de résidence en radiologie au Canada. L'objectif principal de la RFS est d'être une voix forte de l'IR et de CAIR au niveau local pour les stagiaires. Entre autres projets passionnants, elle travaillera en étroite collaboration avec des groupes d'étudiants en médecine pour organiser une série de cocktails de découverte de l'IR, une initiative de CAIR visant à attirer les meilleurs esprits de la prochaine génération de médecins dans la sous-spécialité de l'IR.

Le Service national de santé du Royaume-Uni relève les défis de la COVID-19

Dr. B. P. Krishna Prasad

Radiologue consultant, Hôpitaux BHR

Après un début d'année ordinaire, je ne pouvais me douter qu'une pandémie virale et une dure réalité nous attendaient bientôt. Au Royaume-Uni, les premiers cas ont été détectés vers la fin de janvier. Même si nous ne faisons alors pas partie d'un groupe vulnérable, des reportages exagérés dans les médias au sujet de jeunes gens dont la santé se détériorait rapidement, nécessitant de l'assistance par ventilateur, causant parfois même la mort, ont semé la peur dans nos esprits. Comme la proximité constitue le principal facteur de risque de propagation, il n'est guère étonnant que Londres ait rapidement connu une croissance exponentielle de cas de COVID-19. Des mesures simples de santé publique comme se désinfecter souvent les mains et éviter de se toucher fréquemment le visage n'ont pas ralenti la propagation du virus et le nombre croissant de cas a mené à un confinement total à la fin de mars. Le Parlement du Royaume-Uni a conféré au gouvernement des pouvoirs d'urgence afin de faire face à la pandémie et les services policiers ont été habilités à faire respecter le confinement. Les craintes d'un désastre et d'une pénurie d'approvisionnement a dégénéré en achats de panique. La situation a lentement commencé à se rétablir en mai et le gouvernement envisage d'assouplir progressivement les mesures de confinement.

Des changements radicaux et profonds ont été apportés au Service national de santé (NHS). L'établissement de santé où je travaille compte parmi les cinq établissements les plus touchés du Royaume-Uni. Les spécialistes en santé diagnostique ont commencé à travailler exclusivement de leur domicile, assistant notamment à des réunions multidisciplinaires au moyen de logiciels de conférence en ligne. Du jour au lendemain, les services de radiologie d'intervention ont été limités aux urgences. Un collègue radiologue chevronné a été nommé responsable de la radiologie COVID, chargé de collaborer avec les autres départements et avec la direction de l'hôpital afin d'apporter les changements nécessaires en radiologie pour répondre aux besoins de cette pandémie. La validation des cas planifiés et la classification en différentes catégories d'urgence et de gravité ont suivi.



”

Comme la proximité constitue le principal facteur de risque de propagation, il n'est guère étonnant que Londres ait rapidement connu une croissance exponentielle de cas de COVID-19.

suite à la page suivante





Les interventions musculosquelettiques comportant des injections de stéroïdes, les angioplasties en patients ambulatoires, les REVA non urgentes, les interventions en oncologie incluant les biopsies ont cessé. Les angioplasties ont été limitées aux cas critiques de membres ischémiques de patients hospitalisés. Les REVA ont été restreintes aux anévrismes rupturés. Malgré une réduction marquée du nombre de procédures de radiologie d'intervention, l'isolement du personnel symptomatique a fait que le personnel en poste était presque toujours occupé. Le temps des interventions était aussi prolongé du fait qu'il fallait mettre et enlever un ensemble complet d'ÉPI pour chaque patient suspecté ou confirmé d'infection, ainsi qu'aseptiser la salle d'examen entre chaque patient. De surplus, le nombre d'interventions au chevet des patients infectés a considérablement augmenté afin d'éviter de les déplacer dans l'hôpital.

Des plans visant à recourir à des hôpitaux privés pour fournir des voies « vertes », ciblant particulièrement des services d'oncologie et de traumatologie pour des patients dont les tests de dépistage de COVID étaient négatifs ont été instaurés avec succès, quoique ces endroits n'aient pas la capacité d'absorber toute la charge de travail du NHS. Malgré la désignation d'un hôpital « vert » dans le centre de Londres pour les interventions vasculaires, les délais d'attente ont considérablement augmenté. Nous avons récemment vu un patient de REVA ayant un anévrisme de l'aorte abdominal en rapide progression qui a dû attendre trois mois. Nous conseillons désormais ces patients au sujet des dangers de reporter le traitement, en les opposant au danger de contracter la COVID dans notre hôpital s'ils sont traités et, si les patients donnent leur accord, toutes les mesures sont prises pour leur fournir la voie la plus « verte » possible, en passant le moins de temps possible à l'hôpital.

Des changements structurels d'envergure sont apportés aux hôpitaux, qui sont divisés en zones selon un code couleur – vert, jaune et bleu, pour servir les cas confirmés négatifs, n'ayant pas été testés et confirmés positifs, respectivement – en restreignant les déplacements des patients et du personnel entre les différentes zones. Par exemple, les déplacements d'une zone verte vers une zone jaune vers une zone bleue seraient permis, mais pas dans la direction opposée. Les consultations externes sont effectuées au téléphone. La capacité des départements de soins intensifs a quintuplé. Une équipe de psychologues a été affectée au soutien psychologique de notre personnel, en personne et au téléphone. Le défi actuel que doit relever notre département consiste à gérer les services de radiologie d'intervention dans les différentes zones de l'hôpital, ce qui peut nécessiter une division indésirable des membres du personnel de notre département qui sont désignés pour travailler dans les différentes zones.

Cette pandémie de COVID nous a enseigné comment une organisation peut se montrer à la hauteur et faire preuve d'innovation, de collaboration, de dévouement, de capacité décisionnelle, de reconfiguration de services et de restructuration des effectifs. Dans l'espoir de la découverte d'un traitement ou d'un vaccin efficace, nous nous préparons à vivre avec l'impact de la pandémie de COVID-19 au cours de l'avenir prévisible.

”

*Cette pandémie de
COVID nous a
enseigné comment
une organisation
peut se montrer à la
hauteur et faire
preuve d'innovation,
de collaboration, de
dévouement, de
capacité
décisionnelle, de
reconfiguration de
services et de
restructuration des
effectifs.*

NY se remet d'un dur coup asséné par la COVID-19 – les leçons à en tirer (en vue de la deuxième vague?)

Dr. Rebecca Zener

Radiologue interventionnel et diagnostique, Santé et hôpitaux de New York

C'était un samedi de la mi-mars. Assise dans le fond de la salle de contrôle de RI, j'ai commencé à dicter les résultats de radiographies pulmonaires des urgences. La première comportait de subtiles opacités diffuses périphériques. Ce n'était pas une pneumonie bactérienne ordinaire. J'ai appelé le médecin traitant des urgences : « Je crois qu'il s'agit de la COVID-19. » La radiographie pulmonaire suivante comportait des opacités périphériques bilatérales mal définies de l'espace aérien. Nouvel appel téléphonique au médecin traitant des urgences. Encore et encore, je trouvais que je me répétais dans mes dictées et mes appels. Des clichés de tomodensitométrie de l'abdomen et du bassin ont été réalisés pour exclure la lithiase rénale, la diverticulite, etc. Je voyais des opacités bilatérales, périphériques, en verre dépoli dans des patients qui étaient, autrement, asymptomatiques sur le plan respiratoire. J'ai repris le téléphone : « Pas de calcul, pas de diverticulite, mais je crains qu'ils aient la COVID-19. »



Avant ce jour-là, nous avons probablement vu moins de cinq cas suspects dans mon hôpital. Le lundi, j'ai fait le suivi des tests de COVID de ces patients. Tous positifs. Les vannes étaient ouvertes et la vague de COVID-19 a déferlé.

Notre hôpital, un centre hospitalier public de New York et un centre de traumatologie de niveau 1, s'est transformé. Les civières généralement libres rangés le long des corridors et des couloirs de service des urgences ont rapidement débordé de patients atteints de la COVID-19. Rapidement, la capacité des unités de soins intensifs du système de santé publique a presque triplé. Des médecins, infirmières et adjoints aux médecins de l'armée ont répondu à l'appel du devoir et contribué à nous soutenir pendant cette crise en travaillant dans certaines des nouvelles unités de soins intensifs. Les chirurgies non urgentes ont été reportées. Nous avons retardé les cas non urgents de RI.

”

*Les vannes étaient
ouvertes et la vague
de COVID-19 a
déferlé.*

suite à la page suivante



En mars, avant la crise, mon collègue et moi allions aux soins intensifs pour insérer des cathéters veineux centraux et intra-artériels sur des patients afin d'alléger la charge du personnel de soins intensifs. Dans le cadre de notre programme de quatre résidents en radiologie par année, un résident était de garde la nuit et quatre faisaient différents stages simultanément.

Les autres résidents sont demeurés à la maison et étaient de réserve au cas où quelqu'un tombait malade. Beaucoup de médecins traitants en radiologie diagnostique ont obtenu un accès à domicile et se sont mis à faire du télétravail. Au début d'avril, tous nos résidents en radiologie ont été redéployés en médecine interne.

Alors qu'augmentaient les volumes en soins intensifs, mes collègues en RI et moi, avec une poignée de résidents en spécialisation précoce en RI, avons mis sur pied une équipe d'intervention. Nous courions d'un bout à l'autre de l'hôpital, des urgences aux salles de soins en passant par les soins intensifs, afin d'exécuter de multiples interventions d'accès veineux et d'insérer des cathéters artériels. La COVID-19 s'est mise à détruire les reins des patients.

Le service de néphrologie a cessé d'insérer des cathéters de dialyse temporaires au début de la pandémie et l'équipe d'intervention a pris en charge cette responsabilité également. Le nombre de patients ayant besoin d'une installation de cathéter temporaire a grimpé exponentiellement, à tel point que l'hôpital a manqué de cathéters.

Sans espoir d'amélioration imminente de leur IRA, beaucoup de ces patients de COVID-19 ont par la suite nécessité le placement d'un Permacath. Alités uniquement dans des suites à pression positive, ces patients ne pouvaient être emmenés en RI, de sorte que l'intervention devait être réalisée dans la seule salle d'opération à pression négative dotée d'un arceau. Si un patient y demeurait assez longtemps, il risquait fort d'avoir besoin d'une des interventions « habituelles » de RI, tels qu'un drainage pleural, un drainage d'abcès, etc. Tout ce qui pouvait être effectué sous guidage tomographique était fait dans la salle à pression neutre du service de tomographie.

Même à l'apogée de la pandémie, nous avons continué à faire des biopsies urgentes ponctuelles et à insérer des port-a-caths pour les cas urgents de chimiothérapie de patients externes et nous nous sommes assurés que notre aire antérieure et postérieure aux interventions demeure une zone « froide », c'est-à-dire sans COVID-19. Lorsque nous avions un patient en exsanguination nécessitant une angiographie ou une embolisation d'urgence et ayant un résultat positif de COVID-19 ou étant sous enquête, nous avons réalisé l'intervention dans notre suite de RI à pression positive, en espérant de ne pas nous contaminer.

suite à la page suivante





La situation des ÉPI semblait précaire en raison des difficultés d'approvisionnement à l'échelle mondiale. Au cours de la première semaine de mars, nous avons épuisé le stock habituel de masques N95 du service de RI et l'une des infirmières en RI et moi sommes allées en chercher dans un autre département, car nous prévoyions en avoir besoin pour une intervention éventuelle pour un patient faisant l'objet de précautions respiratoires.

Plus tard ce jour-là, ces masques ont été repris. En raison des mesures systémiques de conservation des ÉPI mises en place pour palier aux pénuries éventuelles, on nous a dit que si nous avions besoin d'un masque, nous devions signer le registre pour une intervention précise et démontrer que le patient faisait l'objet de précautions respiratoires pour l'obtenir. Une fois que les mesures de conservation ont été instaurées, tous les ÉPI étaient centralisés dans un centre de contrôle situé à l'extérieur des urgences. À partir de ce centre de contrôle, on pouvait voir les camions réfrigérés entreposant les morts.

Une fois par semaine, nous recevions un sac à lunch en papier brun contenant un masque N-95 et un masque chirurgical standard, mais pas de sandwich. Selon les directives du CDC, nous devions réutiliser le masque N-95 à moins qu'il devienne visiblement souillé ou brisé. C'était comme si nous étions envoyés au combat sans armure ni armes. Nous avons commencé à porter des blouses en papier.

Le moment le plus effrayant, pour moi, s'est produit lorsque je plaçais un cathéter de dialyse aux soins intensifs. La patient intubé s'est mis à bouger et a réussi à débrancher son ventilateur. Malheureusement, je ne me suis pas rendu compte qu'il avait débranché l'appareil, qui se trouvait sous le drap à côté de l'ouverture du champ stérile. Une alarme s'est finalement déclenchée un peu plus tard et nous avons alerté le médecin traitant des soins intensifs au sujet de l'alarme et de la chute de SpO2. Pendant tout ce temps, sans le savoir, je me trouvais dans la ligne de feu pendant que les particules virales dans le tube étaient émises.

Il y a près de quatre semaines, j'ai passé un test sérologique. Le résultat était négatif. Bien que cela aurait été bon pour le moral d'avoir des anticorps OVID-19, je me sens rassurée de savoir que les ÉPI fonctionnent vraiment. Mais encore faut-il en avoir assez. Je suis récemment allée chercher un masque N95 et il y avait une énorme affiche où on pouvait lire « STOP! Nous n'avons pas de masques N95 en ce moment. Ayez conscience de l'institution! » Des stocks sont arrivés plus tard dans la journée.

Certains médecins et infirmières sont tombés gravement malades au sommet de la pandémie. Quelques-uns sont décédés. Le moral était très bas dans la ville. La ville qui ne dort jamais a fait une sieste et, peu après, est entrée en hibernation totale.

suite à la page suivante





Il y a eu un exode massif de gens qui fuyaient la ville. Les épiceries et les pharmacies ont réduit leurs heures et limité le nombre de personnes qui pouvaient être à l'intérieur. Il était impossible d'obtenir la livraison d'épiceries. Il est devenu difficile d'acheter des aliments et d'obtenir des articles essentiels, car tout était fermé lorsque la plupart d'entre nous revenions du travail. L'organisme Bloomberg Philanthropies de Michael Bloomberg a contribué des millions de dollars au financement de World Central Kitchen, qui fournissait des repas aux travailleurs hospitaliers. Après une longue journée à l'hôpital, je retournais chez moi sous un ciel nuageux morose et gris pesant sur la partie sud de Manhattan, dont les trottoirs étaient flanqués de sans-abris et de sacs de poubelle. Des contreplaqués recouvraient les fenêtres des restaurants et des bars.

Plus de 50 000 personnes atteintes de COVID-19 ont été hospitalisées à New York. Il y a eu plus de 20 000 décès.* Comme le taux de mortalité des patients ayant reçu une ventilation mécanique âgés de 18 à 65 ans et de 65 ans et plus s'est établi à 76,4 % et à 97,2 %, respectivement, beaucoup des gens que j'ai rencontrés et traités ont hélas contribué à cette douloureuse statistique.**

L'hôpital s'est mis à faire jouer Fight Song de Rachel Platten sur les haut-parleurs chaque fois qu'un patient était extubé. Pendant un temps, nous l'entendions très souvent, cinq ou six fois par jour. Les gens s'exclamaient, applaudissaient ou poussaient un soupir de soulagement chaque fois qu'elle jouait.

À la mi-mai, plus de 700 patients COVID-19 avaient reçu leur congé de mon hôpital, et plus de 6 000 du réseau hospitalier public de New York. Le taux quotidien de décès de New York est enfin revenu dans les deux chiffres – une amélioration spectaculaire par rapport aux plus de 800 décès compilés à un moment donné. Les patients en pédiatrie sont revenus et certaines des salles converties ont été reconverties en unités « froides » sans COVID-19.

Les chirurgies non urgentes et les interventions non urgentes de RI reprennent lentement. Les gens reviennent à New York, remplissant les parcs et courant le long des rivières East et Hudson.

Certaines personnes respectent la distanciation sociale et portent des masques. Beaucoup ne le font pas. Les travailleurs non soignants préconisent la réouverture de la société, tandis que les gens aux premières lignes comme nous attendent avec angoisse une possible deuxième vague. Nous craignons pour le destin des personnes qui demeurent intubées et hospitalisées.

suite à la page suivante



Mais, côté positif, l'une des infirmières de notre hôpital a récemment obtenu son congé après avoir combattu la COVID-19. La nouvelle a même été diffusée sur CNN. Elle a été applaudie à sa sortie d'hôpital et a pris sa première bouffée d'air frais. Pour la première fois depuis longtemps, j'ai eu des larmes de bonheur et ressenti de l'espoir plutôt que de la désolation. Le soleil a enfin percé les nuages et il s'est remis à briller.

”

*La ville n'était plus
que l'ombre d'elle-même.*

Sources

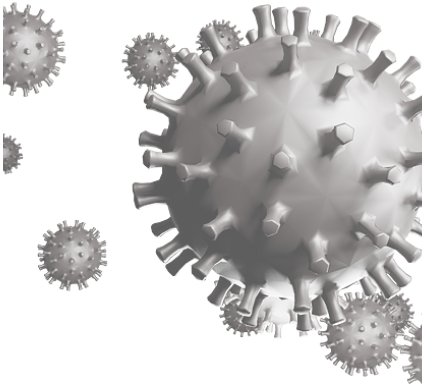
[*https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page](https://www1.nyc.gov/site/doh/covid/covid-19-data.page)

******Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA 2020;323:2052-9.



ACOVLM

Au cas où vous l'auriez manqué



COVID - 19 LIGNES DIRECTRICES

Lignes directrices de l'Association canadienne pour la radiologie d'intervention (CAIR) et de l'Association canadienne des radiologistes (CAR) sur les procédures de radiologie d'intervention pour les patients présentant une COVID-19 suspectée ou confirmée - [télécharger ici](#).

CAS DU MOIS

Ces cas représentent une remarquable opportunité d'apprentissage pour les médecins de tous niveaux d'expérience. [Réservé aux membres - connexion requise](#).



- *Embolization of a Large Pulmonary Artery Mycotic Pseudoaneurysm in the Setting of Granulomatosis with Polyangiitis and Concomitant Intravenous Drug Abuse*
- *Embolization of Renal Artery Aneurysms During Pregnancy*
- *A Not So Retrievable "Retrievable" Inferior Vena Cava Filter*
- *Recanalization of Chronically Occluded Superior Mesenteric Vein Through Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt Access*
- *Trans-DIPS plug assisted retrograde transvenous obliteration of gastric varices*
- *Embolization of a Complex Renal AVM.*
- *Radiofrequency Wire Utilization in Treatment of Benign Ureteroenteric Anastomotic Stricture*
- *No-Option Critical Limb Ischemia*
- *Renal Artery Aneurysm : A Case, Pathophysiology, Natural History and Management*

DIRECTIVES DE RÉADMISSION

Document à l'intention des établissements de soins de santé et des représentants en technologie médicale



En raison de la pandémie de la COVID-19, les hôpitaux et les unités de chirurgie de tout le pays ont interrompu les interventions chirurgicales et autres services non urgents et non essentiels et restreint l'accès physique aux établissements de soins de santé pour le personnel non essentiel en soins de santé, les visiteurs des patients et les représentants en technologie médicale.

Dans les paragraphes suivants, Medtech Canada décrit les principes d'ordre clinique visant à soutenir les organisations de soins de santé et les représentants en technologie médicale lors de la reprise des interventions non urgentes. Les principes et considérations qui suivent visent à orienter les établissements de soins de santé, le personnel des soins de santé et les représentants en technologie médicale qui doivent adopter des politiques d'accès qui assurent la réadmission en toute sécurité des représentants en technologie médicale dans les établissements de soins de santé. Ces considérations ne visent aucunement à remplacer les directives ou exigences des autorités des gouvernements locaux, provinciaux et fédéral.

Directives soutenues par :

- Association canadienne pour la radiologie d'intervention (CAIR)
- Association Canadienne de cardiologie d'intervention (ACCI)

Directives de réadmission à l'intention des établissements de soins de santé et des représentants en technologie médicale

Si vous avez des questions sur le guide de réadmission, veuillez contacter le président et directeur général de Medtech Canada, Brian Lewis, à l'adresse courriel : blewis@medtechcanada.org.

NOUVELLES DES PARTENAIRES CORPORATIFS



PHILIPS

EmboGuide de Philips : Visualisez tous les vaisseaux nourriciers des tumeurs grâce à la détection automatique d'EmboGuide et naviguez facilement vers vos artères ciblées grâce au guidage par images en direct.

<https://www.usa.philips.com/healthcare/product/HCNCVC321/emboguide>



Développer le potentiel de la radiologie interventionnelle avec l'Alphenix 4DCT de Canon Médical. [Lisez les articles](#) des dernières revues de VISIONS spécialisés sur l'angiographie interventionnelle.



Découvrez la nouvelle norme d'embolisation distale grâce au Progreat Apha 2.0Fr et aux spirales Azur CX. Aller plus loin. Faire plus.

Pour plus d'informations visitez:

<https://www.terumocanada.ca/products/interventional-and-surgical-devices/embolics.html>.

Merci à nos partenaires et sponsors!

MERCI

À tous nos membres, bénévoles et tous les autres intervenants !

CONSEIL D'ADMINISTRATION



Dr. Amol Mujoomdar
President



Dr. Tara Graham
Vice-Président,



Dr. Jason Wong
Président Passé



Dr. Darren Klass
Trésorier



Dr. Véronique Caty
Directeur



Dr. Alessandra Cassano-Bailey
Directeur



Dr. Bob Beecroft
Directeur



Dr. Kevin He
Directeur



Dr. David Valenti
Directeur



Dr. Darren Ferguson
Directeur



Dr. Melissa Skanes
Directeur

PERSONNEL



Luciana Nechita
Directrice Générale



Siri Boulom
Adjointe Exécutive



REMERCIEMENTS PARTICULIERS



Dr. Vamshi Kotha
Rédacteur en chef
CAIR Express

Contributeurs pour ce numéro



Dr. B.P.K. Prasad
Radiologue consultant
Hôpitaux BHR



Dr. Rebecca Zenar
Radiologue interventionnel et diagnostique
Santé et hôpitaux de New York

