

Cas clinique chirurgical février 2015

Suites fatales d'une PTH réussie : une rétention urinaire compliquée

Analyse approfondie

ANALYSE DETAILLEE : prévention et diagnostic d'une infection urinaire après sondage prolongé et RTUP

| BARRIERES DE PREVENTION | <i>Barrière respectée dans l'épisode</i> | <i>Contribution relative</i> |
|---|--|------------------------------|
| Prévention d'épisodes de rétention urinaire chez un patient âgé au décours d'une PTH. | OUI par Xatral mais morphiniques en post opératoire | Importante |
| Avis urologique devant une complication urinaire chez un patient sans antécédent connu. | OUI faite rapidement et compte rendu détaillé | |
| Sortie avec consignes et rendez-vous pour sevrage de sonde | Attitude jugée conforme dans ce contexte | |
| Décision d'intervention de RTUP après deux tentatives d'échecs d'ablation de la sonde dont une seconde un mois après la première. | OUI | |
| Délai d'intervention rapidement fixé. | Plus ou moins, car déjà plus de 3 mois après l'épisode initial de sondage | Importante |
| Nouvelle date opératoire fixée rapidement après annulation de l'intervention du fait du patient. | NON, période dite de « vacances », pas de disponibilité du chirurgien | Importante |
| Bilan pré opératoire dont ECBU avant la RTUP. | OUI, flore poly microbienne compatible avec le portage de sonde prolongé | |
| Nouvel ECBU avant la RTUP décalée dans sa date. | NON | Importante |
| Antibioprophylaxie pré opératoire. | OUI | |
| Sevrage rapide du sondage post opératoire. | Impossible les premiers jours du fait d'un caillotage | |
| BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention | | |
| Sortie avec consignes post opératoires de surveillance. | NON | Importante |
| Sortie avec lettre au médecin traitant. | NON | Importante |
| ECBU de contrôle post opératoire ? | NON | Importante |
| BARRIERE D'ATTENUATION | | |
| Diagnostic d'un problème infectieux sous-jacent rendant compte de l'altération de l'état général avec chutes, perte de l'autonomie et « incontinence ». | Non, le MG déclare que le problème urinaire dépendait du centre hospitalier et n'a pas fait le diagnostic probable de mictions par regorgement devant des douleurs | Importante |

| | | |
|--|---|--|
| | abdominales noyées dans le tableau clinique. S'est reposé sur le centre hospitalier pour les problèmes urinaires. | |
|--|---|--|

ANALYSES par la grille DES TEMPOS ET LA GRILLE ALARM

| Nature de la cause | Faits en faveur de cette analyse | Contribution relative |
|---|--|-----------------------|
| Défaut de compétence technique | Probablement non, car en gériatrie les symptômes sont souvent trompeurs mais le contexte d'interventions récentes faisait « écran. Il n'a pas tenu compte de l'« incontinence » précoce inhabituelle après une RTUP. | OUI |
| Défauts de compétences non techniques <i>(Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)</i> | Organisation des programmes des chirurgiens en sous effectifs. | OUI |

ANALYSE DETAILLEE pour le Médecin Généraliste

| Détail des défauts de compétences non techniques (<i>explique les 20% cités plus haut</i>) | La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale. | |
|---|---|------------|
| Tempo de la maladie <i>(éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)</i> | Infection « inéluctable » après un sondage prolongé et révélée au décours d'une intervention de prostate espérée salvatrice. | OUI |
| Tempo du patient <i>(éléments liés aux décisions du patient)</i> | Patient fragile, âgé, qui a dû repousser la date d'intervention initialement prévue, Diabète dont on ignore l'équilibre. | OUI |
| Tempo du cabinet <i>(éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)</i> | Le Mg a répondu aux demandes de consultations à domicile, demandes rapprochées et tenu un dossier. | NON |
| Tempo du système médical <i>(éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</i> | Pas de consignes des « sachants » hospitaliers lors de la sortie d'une intervention chez un patient à risque d'infection pour différents motifs ; Sortie effectuée par un confrère qui ne connaissait peut-être pas le patient. | OUI |

| Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM) | | |
|--|--|------------------------------|
| Nature de la cause | Faits en faveur de cette analyse | Contribution relative |
| Institutionnel (contexte économique réglementaire) | Inconnu. | NON |
| Organisation (personnels et matériels, protocole) | A priori OK, relais établi entre le chirurgien absent à la sortie du patient et son confrère. | NON ou +/- |
| Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements) | A l'évidence, en période d'été, sous-effectif chirurgical, d'ailleurs chronique. | IMPORTANT |
| Equipe (communication, supervision, formation) | Consignes absentes à la sortie du patient, peut être évidentes pour un chirurgien, mais pas pour un MG n'ayant pas connaissance de l'intervention, des suites...et en se replaçant dans le contexte. | OUI |
| Individus (compétences individuelles) | OK a priori. | NON |
| Tâches à effectuer (disponibilité et compétence) | Disponibilité défaillante quant à la fixation d'une nouvelle date opératoire. | OUI |
| Patients (comportements, gravité) | Patient âgé, fragilisé par une PTH récente, diabétique, épisode infectieux intercurrent faisant annuler la date d'intervention prévue. | OUI |