Fiche RETEX
Défaut de coordination ville – hôpital

N°33 • Juin 2025

Thématique

Retard de communication d'un ECBU préopératoire ayant entrainé une septicémie postopératoire

Catégorie

Sanitaire : Chirurgie

Résumé de l'EIGS

Un patient est pris en charge pour une résection transurétrale de prostate.

Dans ce cadre, le chirurgien lui prescrit un ECBU systématique (examen cytobactériologique des urines) préopératoire dont le résultat est négatif.

Quelques jours avant son entrée pour l'intervention, il présente une symptomatologie urinaire et consulte son médecin traitant qui lui prescrit un traitement antibiotique et un nouvel examen d'urines qui se révélera positif avec une résistance à l'antibiotique prescrit. Le chirurgien et l'anesthésiste méconnaissent cette information.

L'opération se déroule sans difficulté cependant le patient va dans les suites présenter un choc septique associé à une insuffisance rénale aigue qui nécessitera son transfert en réanimation.

L'analyse des causes profondes a permis d'identifier des écarts de prise en charge dont le défaut de coordination entre le médecin traitant et le chirurgien qui ont contribué à la survenue de cet évènement indésirable grave associé aux soins.

©SRA Grand Est – Fiche RETEX N°33 – Juin 2025

Chronologie des faits

Un patient âgé de moins de 80 ans est pris en charge pour une résection transurétrale de la prostate et posthectomie. Lors de la consultation préopératoire avec le chirurgien, un ECBU systématique a été prescrit au patient dont le résultat est revenu négatif. Quelques jours avant son admission, le patient a présenté des symptômes urinaires qui motivent la prescription d'un traitement antibiotique et un nouvel examen d'urines.

À son entrée, le patient est traité par Bactrim, cette prescription n'alerte pas le médecin anesthésiste lors de la visite préanesthésique de la veille. L'intervention se déroule sans difficulté et les suites opératoires immédiates également.

A J+3 de l'intervention, le patient présente une hyperthermie à 40°C et n'arrive pas à uriner. L'antibiogramme de l'ECBU prescrit par le médecin traitant est finalement envoyé à l'établissement et objective une antibiorésistance au Bactrim. L'IDE montre l'antibiogramme au médecin anesthésiste qui demande un changement d'antibiotique : introduction d'Oflocet per os. Le chirurgien d'astreinte est également prévenu du fait que le patient n'arrive plus à uriner. Celui-ci demande la pose d'une sonde urinaire avec des lavages vésicaux.

Lors de la prise de poste de l'équipe de nuit, le patient a toujours de la température et présente des caillots malgré l'introduction du traitement antipyrétique et antibiotique. L'équipe applique une poche de glace pour diminuer la température. Le chirurgien d'astreinte est appelé pour connaitre la conduite à tenir. Il se déplace pour voir le patient et procède au décaillotage vésical. L'IDE lui montre l'antibiogramme, celui-ci décide de changer d'antibiotique et de passer par voie intra-veineuse. Le patient est perfusé et apyrétique, les urines deviennent plus claires.

Très tôt le matin suivant, le patient sonne et signale une douleur dans la poitrine sans irradiation. Il est en sueur, pâle et moite. On retrouve lors de la prise des paramètres une hypothermie et une hypotension à 65/40mmHg. Le médecin anesthésiste donne pour consigne de faire piquer un bilan en urgence et de passer 1L de soluté hypertonique, l'ECG peut être fait à distance. 15 minutes plus tard, devant l'hypotension persistante, le médecin anesthésiste décide de transférer le patient en soins continus avec la poursuite du remplissage et la mise en place d'un pousse-seringue de Noradrénaline. Une heure après le début la prise en charge en soins continus, les résultats du bilan sanguin sont disponibles et montrent une fonction rénale altérée ainsi que des marqueurs inflammatoires importants. Les résultats sont communiqués au médecin anesthésiste qui demande de majorer le débit de Noradrénaline. Devant une hypotension persistante et une défaillance multiviscérale malgré l'augmentation progressive du débit de Noradrénaline et du remplissage, le médecin anesthésiste décide un transfert vers le service de réanimation 3 heures après avoir reçu les résultats du bilan. Le SAMU arrive un heure et demie plus tard pour conditionner le patient pour le transfert. Le patient est transféré et il restera 8 jours en réanimation.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement est inattendu dans ce type de prise en charge et a mis en jeu le pronostic vital de ce patient.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Défaut de communication d'un ECBU préopératoire ayant pour conséquence une infection urinaire avec mise en évidence d'une bactérie résistante à l'antibiothérapie en cours

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : prostatite aigue favorisant de nombreuses infections

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : prescription médicale d'ECBU avec difficultés de coordination dans la lecture des résultats (notamment coordination ville – hôpital), pas de check des bilans préopératoires dans la check-list, pas de vérification des ECBU avant l'intervention
- Définition des tâches : prescription des antibiotiques par le chirurgien

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Facteurs de stress physique ou psychologique : vécu difficile du personnel paramédical sur la situation du choc septique (lourdeur inhabituelle pour le service), déplacement trop tardif du médecin anesthésiste selon l'équipe qui a inquiété les professionnels paramédicaux

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

Barrières d'atténuation :

- Prescription initiale des amines par le médecin anesthésiste
- Transfert en service de réanimation pour la poursuite de la prise en charge

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de prévention :

- Mise en œuvre inadaptée de la check-list au bloc opératoire

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Mettre une phrase d'alerte systématique sur tous les courriers préopératoires adressés aux médecins traitants afin de prévenir le chirurgien en cas de problème et notamment d'hyperthermie et/ou d'infection préopératoire

2. Regrouper tous les éléments de prescriptions sur le logiciel de prescription (l'adresse de messagerie sécurisée doit apparaitre sur les ordonnances) afin de recevoir le résultat sur le logiciel de l'établissement

3. Prescrire de manière obligatoire l'ensemble des traitements sur le logiciel informatique y compris en cas d'urgence

4. Prioriser le déplacement du médecin anesthésiste dans les meilleurs délais pour un patient présentant une défaillance hémodynamique dans le cadre de la coordination des soins

5. Privilégier la prescription du traitement antibiotique par le médecin prescripteur de l'ECBU

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » : un outil d'amélioration des pratiques au bloc opératoire

Dans le cadre de cet EIGS, l'ajout d'un item concernant les ECBU préopératoires dans la check-list constitue un axe d'amélioration.

La HAS encourage les professionnels à s'emparer de la check-list **pour l'adapter**, si nécessaire, **aux spécificités de leurs pratiques**. En d'autres termes, il s'agit d'adapter la check-list pour mieux l'adopter.

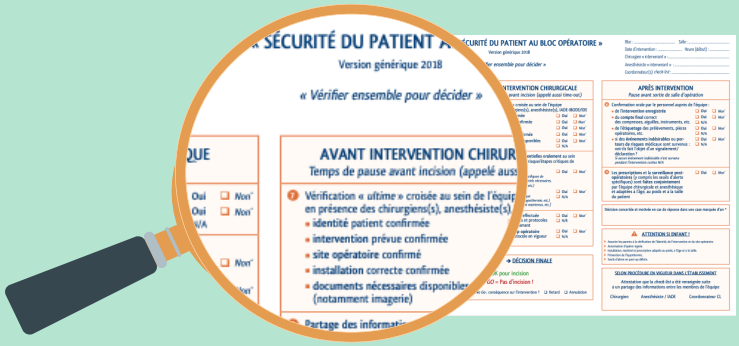
Consulter la fiche générique « Sécurité du patient au bloc opératoire » et son mode d'emploi

Consulter la fiche synthétique « Élaborer une check-list personnalisée pour la sécurité du patient au bloc opératoire/ interventionnel »

Mémo

Structure Régionale d'Appui Grand Est

COMMENT PERSONNALISER LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE ?



La conception d'une check-list (CL) personnalisée s'appuie sur un ensemble d'items devant faire l'objet d'une vérification **constituant un socle,** pour toutes les spécialités et quel que soit le contexte.

Des adaptations sont ensuite possibles à partir du socle, dès lors qu'il y a concertation avec tous les professionnels concernés par l'utilisation de cette check-list.

LE SOCLE

Vérifications impératives avant l'intervention

➡Temps 1 (avant induction anesthésique) et temps 2 (avant incision) :

- Identité du patient
- Type d'intervention, site opératoire et mode d'installation
- Préparation préopératoire
- Vérification du matériel
- Antibioprophylaxie
- Risques (allergique, hémorragique, voies aériennes)

Vérification ultime des points critiques en présence de toute l'équipe (aussi appelée time-out)

GO / NO GO

Vérifications impératives après l'intervention

➡Temps 3 :

- Traçabilité / compte du matériel (compresses, etc.)
- Identification des prélèvements ou pièces opératoires
- Prescription conjointe pour le post-opératoire immédiat
- EIAS à déclarer ?

LES ADAPTATIONS POSSIBLES

- Format de la CL (papier, informatique, interactif ou non, etc)
- Mise en page de la CL (séparation ou fusion des temps 1 et 2 de la CL, cases à cocher, etc)
- Formulation des items
- Ajout d'items supplémentaires
- Mention et/ou renvois vers des procédures spécifiques (procédures existantes au sein de l'établissement, recommandations professionnelles, etc)
- Ajout de points d'attention spécifiques comme le « stop ALR » en cas d'anesthésie logo-régionale ou les rappels pédiatriques
- Ajout d'une case dédiée aux signatures (si cela est demandé par les instances administrative et médicale de l'établissement)

©Structure Régionale d'Appui Grand Est - 2025