

## Cas clinique chirurgie – Janvier 2015

**Douleurs dorsolombaires et difficultés à uriner, patiente au contact « difficile », ...qu'auriez-vous fait aux urgences ?**

### Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<p>Devant une <b>rétention aiguë d'urines</b>, évoquer systématiquement une <b>cause neurologique</b> :</p> <p>- « La rétention aiguë d'urine peut résulter d'un obstacle sous-vésical (le plus souvent) ou d'une altération de la commande neurologique, et enfin plus rarement d'un défaut de contraction vésicale. » (référence 1), et notamment une <b>compression médullaire</b> (compte-tenu de l'urgence du traitement) :</p> <p>« <b>Troubles génito-sphinctériens (+++)</b> précoces et constants</p> <p>Urinaires : incontinence au début (perte de la sensation d'uriner), puis rétention et mictions par regorgement (référence 2) »</p>	<p>NON,</p> <p>Absence de tout examen neurologique par les différents médecins ayant pris en charge la patiente</p>	<p><b>MAJEURE</b></p>
<p>Diagnostic retenu prenant en compte l'ensemble des signes cliniques retrouvés par l'interrogatoire et l'examen clinique</p>	<p>NON, une rétention aiguë d'urines ne fait pas partie, a priori, des signes révélateurs d'une pyélonéphrite aiguë (ref2)</p>	<p><b>MAJEURE</b></p>
<p>Confirmation du diagnostic retenu par les examens complémentaires demandés</p>	<p>NON, Absence de leucocyturie et de bactériurie</p>	<p><b>MAJEURE</b></p>
<p>Présence d'un médecin référent (« chef de service ? ») aux urgences, pour s'assurer de la conformité des diagnostics posés et des prises en charge envisagées</p> <p>-par concertation avec les urgentistes, pendant les heures ouvrables</p> <p>-par l'examen des dossiers rédigés en garde, chaque matin</p>	<p>NON</p>	<p><b>IMPORTANTE</b></p>
<p>Hospitalisation du patient après concertation au lit du patient entre l'urgentiste et un médecin du service d'accueil</p>	<p>NON</p>	<p><b>IMPORTANTE</b></p>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<p>Examen clinique (et notamment, neurologique) par l'un des médecins ayant été amenés à voir la patiente après son hospitalisation, et plus particulièrement, l'anesthésiste de contre-visite le 6 août</p>	<p>NON</p>	<p><b>IMPORTANTE</b></p>

<i>Appel de l'infirmière au médecin de garde pour signaler la chute de la patiente et la perte de sensibilité des MI</i>	NON	<i>Importante, mais récupération motrice déjà incertaine après décompression</i>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Transfert en urgence en neurochirurgie pour décompression médullaire</i>	<i>OUI, mais après installation de la paraplégie</i>	<i>Paraplégie séquellaire</i>

## REFERENCES

- 1) <http://urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/retention-aigue-durine.html>
- 2) <http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article300>

## ANALYSE DETAILLEE

### *Causes profondes (méthode ALARM)*

<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Non-respect du décret relatif à l'exercice de la profession d'infirmier (Article L 4311 du Code de la santé publique) : entre autres, sondage vésical sans prescription médicale, mais surtout, doute sur le renouvellement de prescriptions médicales écrites, datées et signées</i></li> <li>- <i>Absence de culture de signalement des situations à risques (chute de la patiente)</i></li> </ul>	<b>Importante</b>
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Absence d'algorithme décisionnel en cas de rétention aiguë d'urines (référence 1)</i></li> <li>- <i>Problèmes de management et d'organisation</i></li> </ul>	<b>Majeure</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Management global des urgences et de leur fonctionnement</i></li> </ul>	<b>Importante</b>
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Absence de suivi des malades hospitalisés par le chirurgien (ou le médecin) responsable du service d'hospitalisation</i></li> <li>- <i>Défaut de communication entre médecins urgentistes et médecins responsables des services d'hospitalisation</i></li> <li>- <i>Défaut (voire absence) de transmission entre infirmières des services d'hospitalisation et médecins</i></li> </ul>	<b>Importante</b>

<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<p><u>Médecins urgentistes</u>  <i>Difficulté contextuelle d'envisager un diagnostic tenant compte à la fois des signes constatés (douleurs dorsolombaires irradiant vers les membres inférieurs et rétention urinaire) et des résultats des examens complémentaires demandés (absence d'infection urinaire)</i>  <i>.Sortie initialement autorisée (mais refusée par la patiente)</i>  <i>- Mauvaise relation avec la patiente qualifiée de « difficile »</i></p> <p><u>Autres médecins (Chirurgiens, Anesthésiste)</u>  <i>- Absence de prise en charge globale de la patiente : intervention strictement limitée au domaine de leur spécialité ou à la demande ponctuelle des infirmières.</i></p>	<b>MAJEURE</b>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	<p><i>- Absence de protocole interne lors du transfert des urgences vers un service d'hospitalisation, afin d'assurer la continuité des soins</i>  <i>Transfert de la patiente dans un service inadapté à sa prise en charge</i></p>	<b>Importante</b>
<b>Patients (comportements, gravité)</b>	<p><i>Patiente qualifiée de « difficile » par les médecins urgentistes sans préciser s'il s'agissait de difficultés d'expression orale ou d'anomalies du comportement</i></p>	<b>?</b>