

## Octobre 2013 - Cas chirurgie

### Traitement par AVK et biopsie prostatique

| <b>BARRIERES DE PREVENTION</b>   | <b>Barrière respectée ?</b>  | <b>Contribution relative</b> |
|--|--|------------------------------|
| <i>Indication de la biopsie prostatique</i>  | - A priori justifiée s'il existait des anomalies du toucher rectal (non documentées) ayant amené à pratiquer un dosage du PSA (18,1ng/ml)<br>- Mais discutable, dans un contexte de dosage systématique du PSA (non indiqué, d'après la référence 1 page 47), d'absence d'anomalies cliniques et compte tenu des risques de la gestion péri opératoire du traitement par AVK | Majeure                      |
| <i>Arrêt justifié du Tt par AVK en cas de biopsie prostatique</i>  | OUI, risque élevé de complications hémorragiques<br>(Références 2,3)   |                              |
| <i>Nécessité d'un relais par héparine après l'arrêt de l'AVK juste un peu avant l'intervention</i>   | OUI<br>(AC/FA avec antécédent embolique artériel)<br>(Référence 4)   |                              |
| <i>Gestion péri opératoire conforme aux recommandations = Arrêt du Tt par AVK et relais préopératoire par héparine à dose curative (Référence 4)</i>   | NON : utilisation d'une héparine (HBPM) n'ayant pas d'AMM dans la prévention des accidents thromboemboliques artériels et (fait aggravant) à dose non curative   | Majeure                      |
| <i>Contact direct pris par le chirurgien avec le médecin prescripteur (cardiologue) sur la gestion péri opératoire prévue du Tt par AVK pour obtenir son accord (éventuellement, après examen du patient comportant notamment un ECG)</i>                  | NON  | Majeure                      |
| <b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>   |  |                              |
| <i>Contact pris par l'anesthésiste ayant réalisé la consultation de pré anesthésie avec le chirurgien, et/ou (surtout) avec le médecin prescripteur (cardiologue), pour que la gestion péri opératoire du Tt par AVK soit conforme aux recommandations</i> | NON  | Majeure                      |
| <b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>  |  |                              |
| <i>Prise en charge en service spécialisé (neurologie) avec reprise (prudente) du traitement par AVK</i>  | OUI ... mais après la survenue d'un AVC  | .                            |

Pour aller plus loin

1) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport\\_dorientation - cancer de la prostate 2012-04-03 16-39-9 898.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf)

2) <http://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/recommandations-pour-la-bonne-pratique-des-biopsies-prostatiques.html>

3) [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/194cef638d42481f19a2cd0f91f4fe1.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/194cef638d42481f19a2cd0f91f4fe1.pdf)

4) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage en avk situations a risque et accidents hemorragiques - synthese des recommandations v2.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-09/surdosage_en_avk_situations_a_risque_et_accidents_hemorragiques_-_synthese_des_recommandations_v2.pdf)

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

| <i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>                              |  |  |
|--|--|--|
| <b>Nature de la cause-</b>   | <b>Faits en faveur de cette analyse</b>  | <b>Contribution relative</b>   |
| <b>Institutionnel</b> (contexte économique réglementaire)                                | <i>NON</i>   |  |
| <b>Organisation</b> (personnels et matériels, protocole)                                 | <i>NON</i>   |  |
| <b>Environnement du travail</b> (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements) | <i>NON</i>   |  |
| <b>Equipe</b> (communication, supervision, formation)                                    | <i>Défaut de communication entre le chirurgien et l'anesthésiste</i>   | <b>Minime (absence de désaccord a posteriori de l'anesthésiste sur le schéma adopté par le chirurgien)</b> |
| <b>Individus</b> (compétences individuelles)   | <i>En ce qui concerne le chirurgien et l'anesthésiste :<br/>- Gestion inadaptée du traitement anticoagulant après l'arrêt des AVK<br/>- Utilisation d'une héparine n'ayant pas l'AMM pour la prévention des accidents thromboemboliques artériels et à des doses insuffisantes</i> | <i>Majeure</i>   |
| <b>Tâches à effectuer</b> (disponibilité et compétence)                                  | <i>Absence de recherche du schéma adapté à la gestion péri opératoire du traitement anticoagulant auprès d'un <b>professionnel compétent</b> (par exemple, cardiologue prescripteur du traitement)</i>   | <i>Majeure</i>   |
| <b>Patients</b> (comportements, gravité)   | <i>Absence de consultation de son cardiologue (malgré la demande du chirurgien) pour vérifier le bien-fondé de la gestion péri opératoire du Tt anticoagulant</i>  | <i>Importante</i>  |