

## Décès après retard de prise en charge d'une colique néphrétique fébrile 17 jan 2012

Les comportements fautifs de l'urgentiste, de l'urologue et de la clinique interviennent dans le retard de prise en charge d'une patiente en état de choc septique...

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale.

- [Téléchargez l'exercice](#)
- [Retrouvez l'analyse des barrières de prévention](#)
- [Téléchargez le jugement](#)

### Cas clinique

- Femme âgée de 37 ans.
- A 6h00 le 12 septembre, elle est hospitalisée en urgence pour une violente douleur du flanc gauche, évoluant depuis 48 heures.
- Dans les antécédents épisodes répétés de cystite et une lithiase urinaire prise en charge 7 ans avant par un chirurgien urologue.
- L'urgentiste de garde de la clinique porte le diagnostic de colique néphrétique gauche. La température est à 36°C (traitement par Furadantine® prescrit en ville). Hyperleucocytose à 13 500/mm<sup>3</sup>. Examen bactériologique des urines « négatif » (absence de résultat dans le dossier). L'échographie abdominale met en évidence une importante dilatation des cavités pyélocalicielles et de l'uretère (mesuré à 7 mm de diamètre) gauches avec un calcul enclavé à la jonction vésico-urétérale d'environ 6 mm de diamètre.
- A 8h00, l'urgentiste est relayé par un collègue de la garde montant, qui communique les résultats de l'échographie abdominale à l'urologue de la clinique qui avait déjà traité la patiente 7 ans avant.
- A 10h30 la patiente est transférée dans le service de chirurgie.
- Dans l'après-midi, surviennent des vomissements (en rapport avec la prise de NUBAIN ?) entraînant la pose d'une perfusion de sérum glucosé à 5% pour administration en flash de Prodalfagan® et de Profenid®, car la patiente continuait de souffrir.
- A 19h00, température à 37,8 °C.
- Au matin du 13 septembre était noté un pic fébrile à 39°C. La PA reste stable à 120/60 mmHg. Une urographie IV puis une scanographie abdomino-pelvienne confirment « des signes de stase urinaire paraissant en rapport avec un gros calcul du bas uretère pré-vésical gauche ».
- L'urologue examine pour la première fois la patiente en fin de journée alors que la température est redescendue à 37,8°C mais que persistent de vives douleurs. Il décide d'intervenir le lendemain matin et demande une consultation d'anesthésie.
- Le 14 septembre, la température est à 38,4°C à 9h30 et à 39°C à 11h00. L'infirmière pratique une hémoculture à chacun des deux pics fébriles ainsi qu'un examen cyto-bactériologique des urines car la patiente se plaint de brûlures mictionnelles et que ses urines étaient malodorantes.
- A 16h00, la température est à 37,3°C et la PA à 105 / 60 mmHg. La patiente est, alors, revue par l'urologue qui note dans le dossier: « T° avec choc septique débutant. Montée d'endoprothèse en urgence ».
- A 17h45 l'intervention débute. Le compte-rendu opératoire est le suivant: «Diagnostic opératoire: montée d'endoprothèse. UPR + radio. Il s'agit d'un calcul du bas uretère pelvien gauche évoluant depuis quelque temps avec une infection urinaire traitée en ville par Furadoïne®. Patiente vue la veille avec une urographie montrant un rein sécrétant avec cavités gauches modérément dilatées sur un obstacle mal visible du bas uretère et présentée en consultation d'anesthésie en vue d'un geste éventuel pour le lendemain. Cette patiente avait continué à souffrir durant toute la nuit avec apparition d'un mouvement fébrile juste avant son arrivée au bloc laissant penser à un début de choc septique. Repérage des cavités sous pyélographie ascendante montrant un obstacle lithiasique bloqué au niveau de l'uretère pelvien. Désenclavement par manœuvres instrumentales sous urétéroscopie et montée sur un guide sonde 0,18 d'une endoprothèse urétérale n°6 positionnée dans le bassin et abandonnée dans la vessie en drainage temporaire. Intervention ayant duré un quart d'heure»
- L'examen cyto-bactériologique des urines prélevées en per-opératoire mettra ultérieurement en évidence un *Proteus mirabilis*.
- Au retour de la patiente dans sa chambre, l'infirmière du service de chirurgie note qu'elle n'est pas réveillée, qu'elle ne réagit pas aux stimulations et qu'elle a des difficultés respiratoires. Elle contacte l'anesthésiste qui la fait transférer d'urgence dans le service de réanimation de la clinique pour choc septique (Température: 41°C; PA: 60/ mmHg; fréquence cardiaque: 165/ min; SaO<sub>2</sub>: 82% sous FiO<sub>2</sub> à 100%. Une antibiothérapie associant Augmentin® et Gentamycine® est débutée (depuis l'admission, il n'était pas noté de prescription écrite ou d'administration d'antibiotiques dans le dossier y compris sur la feuille d'anesthésie).
- Malgré la mise sous ventilation assistée et la perfusion à fortes doses d'amines pressives, l'état de la patiente s'aggrave avec survenue d'un syndrome hémorragique diffus en rapport avec une coagulation intravasculaire disséminée massive et la persistance d'un coma aréactif avec mydriase (hémorragie cérébrale ?).
- Le 21 septembre, décès dans un tableau de choc irréversible.

**Saine de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) par la famille de la patient.**

Pour aller plus loin

- [Lire l'article "Que faire face à une colique néphrétique fébrile ?" \(revue Responsabilité n°36\)](#)
- [Schéma de l'Hôpital Cantonal de Genève - Service des urgences](#)

La Prévention Médicale - Mis à jour le 21/02/2013

commentaire

## Cas chirurgie Janvier 2012

### Décès après retard de prise en charge d'une colique néphrétique fébrile

#### Analyse approfondie

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		
	<i>Respectée dans le cas</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>A l'admission, démarche diagnostique (clinique et examens complémentaires) adaptée à la situation</i>	<b>OUI, Diagnostic de colique néphrétique par calcul enclavé à la jonction urétéro-vésicale</b>	
<i>A l'admission, recherche d'une complication, notamment d'une <b>infection urinaire</b> (interrogatoire, température, aspect des urines, bandelette urinaire,..)</i>	<i>Apparemment OUI , Mais absence de traçabilité (en dehors de la température)</i>	
<i>A l'admission et dans le service de chirurgie, traitements adaptés (références 1 et 2)</i>	<i>Apparemment OUI Mais Aucune prescription médicale thérapeutique écrite avant le transfert en réanimation Vraisemblables prescriptions téléphoniques</i>	
<b>A l'admission</b> <b>consignes de surveillance avec signes d'alarme nécessitant l'appel d'un chirurgien urologue</b> <i>Dans le cas particulier (références 1 et 2),</i> -persistance des douleurs malgré le traitement antalgique -oligo-anurie - suspicion d' <b>infection urinaire</b> ( voir plus haut ) et notamment, <b>température <math>\geq 37,5^{\circ}\text{C}</math></b>	NON	<i>Importante, Mais, pas majeure compte tenu de l'absence de réactivité de l'urologue, une fois averti de la survenue de pics thermiques</i>
<b>En cas d'infection urinaire,</b> <b>montée d'une endoprothèse en urgence précédée de l'administration d'une antibiothérapie probabiliste,</b> puis adaptée au(x) germe(s) isolé(s) par le prélèvement d'urines per-opératoire (références 1 et 2)	<i>NON (décision qu'aurait due prendre l'urologue le 13 septembre en fin de journée dès qu'il eut connaissance d'un pic thermique à 3 °C le matin et d'une fièvre résiduelle à 37 8°C lors de sa visite)</i>	<i>Majeure+++</i>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<i>montée d'une endoprothèse en urgence précédée de l'administration d'une antibiothérapie probabiliste</i>	<b>NON Aurait du être fait le 14 septembre à 9h30, lors d'un nouveau pic thermique à 38,4°C,</b>	<i>Majeure++</i>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>montée d'une endoprothèse, le 14 septembre à 17 h 45</i>	<i>OUI , trop tardive chez une patiente déjà en choc septique Et, en outre, sans antibiothérapie avant l'intervention</i>	

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	<i>Non-respect du décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers sur l'exécution des prescriptions médicales</i>	<b>Importante</b>
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<i>Absence de consignes de surveillance et de signes d'alarme lors du transfert du service des urgences à celui de chirurgie</i>  <i>Absence de visite médicale quotidienne dans le service de chirurgie</i>  <i>Dossier médical (en chirurgie) ne comportant que le diagnostic et le type d'intervention envisagée sans mention des données de l'interrogatoire et de l'examen du patient, ni des prescriptions médicamenteuses</i>	<b>Importante</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	?	?
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	<i>Absence de supervision des soignants par les médecins</i> <i>Absence apparente de formation des soignants aux pathologies des patients hospitalisés</i> <i>Equipe soignante acceptant des conditions de travail incompatibles avec les textes en vigueur (concernant les prescriptions médicales)</i>	<b>Importante</b>
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<i>Comportement <b>inacceptable</b> de l'urologue constituant un manquement grave aux obligations déontologiques d'un médecin envers son patient : non seulement, retard de 36 h à l'examen de la patiente qu'il avait acceptée dans son service, mais surtout, <b>intervention urgente différée de près de 24 h</b> malgré l'aggravation de la patiente, ce délai étant vraisemblablement responsable de son décès</i>  <i>Au moins un des 3 examens d'imagerie médicale (urographie IV) inutile au diagnostic</i>	<b>Majeure</b>  Sans conséquence
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	?	?

<b>Patients (comportements, gravité)</b>	<i>NON</i> <i>La gravité tardive de la patiente étant principalement due au retard de l'urologue à la prendre en charge</i>	
--	--	--

## Cas chirurgie Janvier 2012

### Décès après retard de prise en charge d'une colique néphrétique fébrile

#### **JUGEMENT**

##### **Expertise (avril 2008)**

L'expert, professeur des universités, chef de service de chirurgie digestive estimait que :  
« (...) La prise en charge initiale de la patiente avait été réalisée dans les règles de l'art et avait permis de poser, dès l'admission, le diagnostic de lithiase urétérale gauche avec dilatation pyélo-calicielle. Mais la surveillance ultérieure n'avait pas été réalisée de façon adéquate. Les pics de température à 39°C le 13 septembre et le 14 septembre, au matin, n'avaient pas été portés à la connaissance du chirurgien. Aucun examen biologique n'avait été réalisé entre l'admission et l'intervention. Celle-ci était adaptée à l'état de la patiente car elle avait permis de lever l'obstacle mais elle n'avait été réalisée qu'à 17h45 alors que la patiente était fébrile dès le matin. Ce retard semblait dû plus à un défaut dans l'organisation du service qu'à une erreur d'appréciation de l'urologue. En effet ce dernier n'avait examiné la patiente que le 13 septembre en fin de journée. A ce moment-là, elle était en bon état général avec une tension artérielle stable et une température à 37,8°C. De plus, il ne disposait pas d'examens biologiques du jour qui auraient pu l'alerter. Ce retard thérapeutique constituait une perte de chance que l'on pouvait estimer à 40 % car il n'était pas certain qu'une intervention plus précoce ait pu empêcher la survenue d'un choc septique (...) »

##### **Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (octobre 2008)**

La CRCI retenait la conclusion de l'expert d'un retard de prise en charge de la patiente. Mais elle imputait ce retard au second urgentiste, à l'urologue et à un défaut d'organisation de la clinique. En effet, « (...) l'urgentiste n'avait pas décelé que la patiente présentait un tableau clinique alarmant. Dès lors que cette dernière avait été transférée dans le service de chirurgie de la clinique, elle était à partir de ce moment-là, sous la surveillance de l'urologue. Même s'il résulte du rapport d'expertise qu'un défaut d'organisation de la clinique peut être retenu dans la mesure où il n'a pas été porté à la connaissance de l'urologue, l'état fébrile de la patiente, il incombait également à l'urologue de se renseigner sur l'état clinique de sa patiente, en pré-opératoire. Les comportements fautifs précités sont constitutifs d'une perte de chance pour la patiente... évaluée par la Commission à 40 %. Les comportements fautifs de l'urgentiste, de l'urologue et de la clinique étant intervenus à part égale dans le retard de

*prise en charge, la responsabilité respective de ces trois intervenants doit être retenue  
chacun pour un tiers (...) »*