

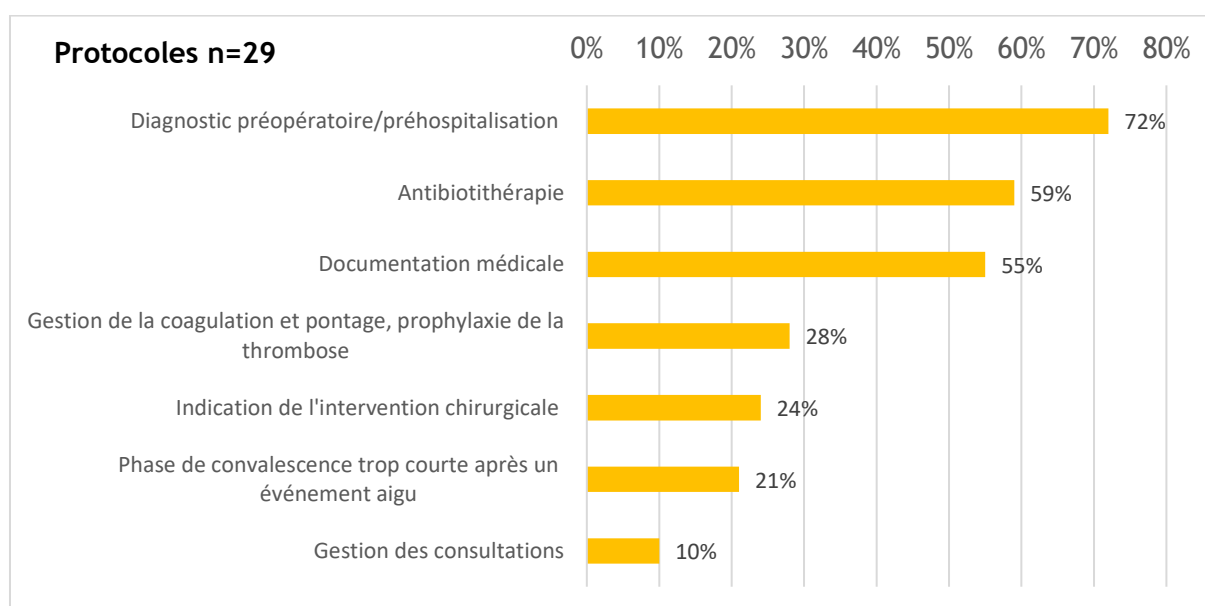
Résultats des évaluations par les pairs réalisées par l'IQM dans le domaine des résections transurétrales de la prostate

Entre 2015 et 2018, 29 évaluations par les pairs ont été réalisées par l'IQM dans le domaine des résections transurétrales de la prostate. L'indicateur IQP Allemagne correspondant, « 52_3 Résection transurétrale de la prostate, pourcentage du total des complications », couvre les patients survivants qui ont été affectés par des complications non chirurgicales au cours de cette intervention à faible risque. Il s'agit notamment de septicémie, d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, de pneumonie et bien d'autres encore.

Dans le cadre de ces évaluations, 464 dossiers de patients ont été évalués selon les critères d'analyse de l'IQM. Les résultats basés sur les protocoles de ces évaluations par les pairs réalisées par l'IQM sont présentés ci-après. Un protocole représente ici les résultats agrégés issus de 16 dossiers de patients analysés dans le cadre de l'évaluation par les pairs correspondante. Les données des protocoles sont disponibles sous la forme de données qualitatives. Des catégories ont donc été formées et les entrées ont été comptabilisées. La synthèse des résultats couvre les questions suivantes :

- Quels sont les 5 à 7 principaux potentiels d'amélioration identifiés lors de l'analyse des dossiers ?
- Quelles sont les 3 à 5 solutions ou mesures ayant été élaborées pour chaque potentiel d'amélioration dans le cadre des évaluations par les pairs ?

Potentiels d'amélioration les plus souvent cités dans le cadre des évaluations par les pairs réalisées dans le domaine des résections transurétrales de la prostate



Les propositions de solutions suivantes ont été élaborées pour ces principaux potentiels d'amélioration :

- **Diagnostic préopératoire et préhospitalisation**
 - Procéder à une gazométrie artérielle avec détermination de la valeur du potassium et du sodium
 - Effectuer une culture/analyse d'urine avant l'intervention chirurgicale
 - Admettre les patients avant leur hospitalisation et prévoir un intervalle plus long pour les examens afin que la culture d'urine soit disponible au moment de l'intervention
 - Discuter de l'indication sur la base de la volumétrie préopératoire et permettre au chirurgien de procéder à des affectations en fonction du risque (score ASA) et des difficultés présumées au cours de l'opération, afin de réduire le risque pour le patient
 - Préparer l'opération de façon structurée et homogène (résultats au moment de l'admission, volumétrie de la prostate documentée, anamnèse mictionnelle, mesure du débit urinaire, urine résiduelle, résultats des analyses d'urine)

- **Antibiotithérapie**
 - Élaborer une norme pour la prophylaxie antibiotique (indication, application, durée)
 - Organiser régulièrement des visites de patients avec des microbiologistes ou mettre en œuvre un programme « Antibiotic Stewardship ».
 - Former un urologue au programme « Antibiotic Steward » pour qu'il puisse faire bénéficier sa propre clinique de son expertise.
 - Discuter régulièrement du calcul de l'antibiose avec les microbiologistes qui ont connaissance des statistiques locales en termes de résistance.
 - Établir un régime d'antibiose en vue de l'opération chirurgicale

- **Documentation médicale**
 - Documenter l'indication de l'intervention chirurgicale, de la revue opératoire et de la consultation initiale, et personnaliser le compte rendu opératoire
 - Élaborer une norme de documentation pour le service et pour les médecins traitants
 - Documenter les activités et apposer le cachet personnel du médecin.

- Distinguer le courrier « provisoire » du médecin et sa version « finale », qui est formellement reconnaissable. Gérer de façon cohérente les listes de contrôle, y compris pour les secondes interventions
- **Gestion de la coagulation et pontage, prophylaxie de la thrombose**
 - Élaborer une norme en consultation avec les collègues spécialistes concernés lors des soins apportés aux patients sous antiagrégant plaquettaire et anticoagulant (quoi, quand et comment arrêter, par quoi remplacer le cas échéant et quand reprendre)
 - Discuter avec les internistes de la façon dont il est possible d'éviter les thromboses veineuses profondes et les embolies tout en examinant la fréquence des saignements
 - Renoncer aux pontages inutiles pour réduire le risque d'hémorragie
 - Prévoir des consultations interdisciplinaires préthérapeutiques avec des cardiologues et/ou des neurologues pour les patients à haut risque
 - Utiliser de façon cohérente la liste de contrôle « Enregistrement préopératoire du risque cardiopulmonaire »
- **Indication de l'intervention chirurgicale**
 - Documenter les décisions thérapeutiques dans la courbe (par exemple : créatinine toujours élevée, résection transurétrale de la prostate uniquement si la créatinine est inférieure à 1,5 mg/dl)
 - Documenter l'indication de l'intervention chirurgicale, de la revue opératoire et de la consultation initiale, et personnaliser le compte rendu opératoire
 - Procéder à un bilan urodynamique préopératoire en cas de capacité vésicale très importante, de diverticules de la vessie et d'urine résiduelle élevée
- **Phase de convalescence trop courte après un événement aigu**
 - Procéder à une nouvelle admission élective dans l'intervalle
 - Planifier l'intervention chirurgicale lors d'un autre séjour à l'hôpital afin de pouvoir vérifier le succès de la thérapie interne précédente
- **Gestion par consultation**
 - Développer une norme interne dans le but d'effectuer une consultation le plus tôt possible visant à évaluer la situation préopératoire des patients multimorbides

Opinion exprimée par des experts du milieu hospitalier :

« Si toutes ces solutions pertinentes étaient prises en compte, le taux de complication diminuerait. La mise en œuvre de ce catalogue type obligerait chaque clinique à respecter des exigences élevées et serait souhaitable. Sous la rubrique « Indications », il convient d'ajouter ce qui suit : si nécessaire, procéder à un bilan urodynamique préopératoire en cas de capacité vésicale très importante, de diverticules de la vessie et d'urine résiduelle élevée ». Si ce catalogue était mis en œuvre de façon critique, l'indication chirurgicale serait plus stricte. »

Professeur Joachim Steffens, hôpital St.-Antonius, Eschweiler