

# LE CAS CLINIQUE DU MOIS

## LE RISQUE IATROGÈNE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE. LE POINT SUR LE SUJET À PROPOS D'UN CAS DE LITHIASÉ URINAIRE

NAMÈCHE L (1), FILLET M (1)

**RÉSUMÉ :** Un cas clinique de lithiasé urinaire pourtant banal évoluant vers des complications en cascade est décrit pour illustrer l'importance du risque iatrogène dans la pratique médicale courante. Cet exemple, parmi tant d'autres, démontre le risque inhérent à la prise en charge des pathologies et aux actes médicaux, même lorsque ceux-ci semblent anodins. Il est essentiel d'identifier la nature et la sévérité des événements iatrogènes de façon à réduire l'impact clinique, financier ou médico-légal pour le patient, le clinicien et le système de santé publique.

**MOTS-CLÉS :** *Iatrogénie - Événements indésirables - Perception du risque - Consentement éclairé*

### IATROGENIC RISK IN MEDICAL PRACTICE.

#### ABOUT A CLINICAL CASE REPORT OF URINARY LITHIASIS

**SUMMARY :** A case of simple urinary lithiasis resulting in several severe complications is reported to illustrate the problem of iatrogeny in medical practice. It demonstrates the iatrogenic risk related to any medical treatment, including simple procedures. It is critical to identify the kind of iatrogenic events and their severity to reduce their medical, economical or medico-legal impact for the patient, the physicians and the health care system.

**KEYWORDS :** *Iatrogenic disease - Adverse event - Risk perception - Informed consent*

## INTRODUCTION

Si les avancées médicales sont en pleine explosion ces dernières années, l'infailibilité de la médecine reste encore un mythe. L'iatrogénie, du grec «iatros» : médecin; «genos» : origine, se définit comme l'ensemble des complications non intentionnelles liées aux soins médicaux et non à une pathologie sous-jacente (1).

Partout dans le monde, chaque individu est concerné par les événements iatrogènes. Ils impliquent non seulement les professionnels de santé et leurs patients, mais aussi les domaines de santé publique, économique, juridique ou encore médiatique. Hippocrate disait d'ailleurs «*primum non nocere*», ce qui signifie «en premier, ne pas nuire». Malgré cette place importante qu'elle occupe et les médias qui la dénoncent, les études concernant l'iatrogénie sont peu nombreuses et les chiffres fortement hétérogènes.

Cet article donne un aperçu, à partir d'un cas clinique, des connaissances actuelles sur les événements iatrogènes ainsi que la perception de ceux-ci par les patients et les cliniciens.

Nous rapportons ici le cas d'une simple colique néphrétique lithiasique qui, par une cascade thérapeutique malheureuse, amène à de multiples interventions chirurgicales et complications, allant jusqu'à un choc hémorragique

évitée de justesse. Cette présentation clinique souligne l'importance du risque iatrogène malgré une prise en charge *a priori* optimale. De telles complications peuvent parfois menacer la qualité de vie, voire le pronostic vital, bien plus que la maladie sous-jacente elle-même.

## PRÉSENTATION CLINIQUE

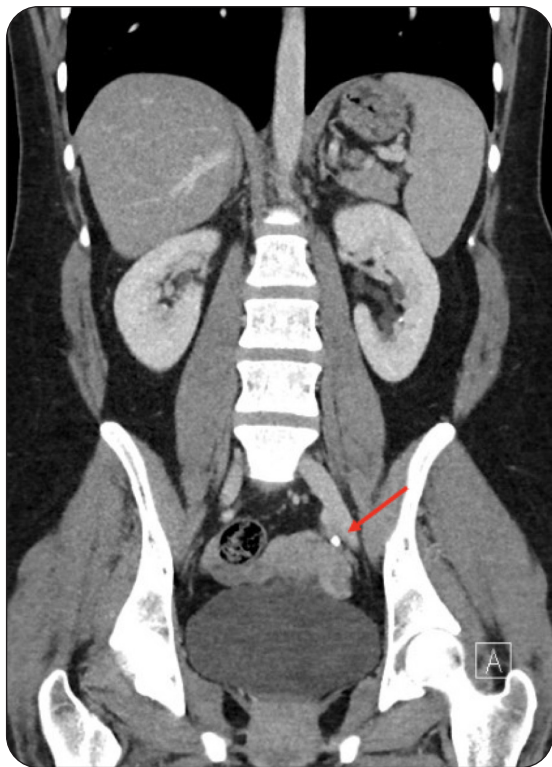
Une patiente âgée de 32 ans, mère d'un jeune enfant se présente aux urgences pour une colique néphrétique gauche non compliquée. La mise au point par tomodensitométrie abdomino-pelvienne (Figure 1) met en évidence une lithiasé urétérale pelvienne gauche de six millimètres de grand axe. Un traitement par urétéroscopie est proposé compte tenu de la récurrence et de l'intensité des crises douloureuses. L'urétéroscopie révèle une sténose inflammatoire sous-lithiasique et permet d'éliminer la lithiasé par lithotripsie intra-urétérale, suivie de l'ablation des fragments lithiasiques. La sténose est ensuite dilatée par l'urétéroscope et une sonde double J est mise en place en fin d'intervention.

La période post-opératoire est marquée par une mauvaise tolérance de la sonde double J sous forme de douleurs intenses du flanc gauche nécessitant la prise de nombreux antalgiques et antispasmodiques.

Le mois suivant, lors du retrait de la sonde double J, une urétéropyélographie rétrograde objective la présence d'une sténose urétérale de deux centimètres de long située deux centimètres sous le croisement de l'uretère avec

(1) Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.

**Figure 1.** Tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec injection intraveineuse de produit de contraste (coupe coronale).



Lithiase urétérale gauche de 6 millimètres de grand axe située à hauteur de S1, associée à une petite ectasie d'amont.

les vaisseaux iliaques. Dès lors, une nouvelle sonde double J est positionnée et une corticothérapie initiée de façon à agir sur une éventuelle composante inflammatoire de la sténose.

Deux semaines plus tard, la tentative de retrait de la sonde double J échoue : nouvelle colique néphrétique et nécessité d'un nouveau drainage en urgence.

Devant l'échec d'un traitement conservateur endo-urologique, un traitement chirurgical de la sténose est décidé. Il consiste en une chirurgie d'urétérectomie segmentaire iliaque gauche avec anastomose urétérale bout-à-bout. Cette chirurgie, débutée par un abord laparoscopique, nécessite une conversion en laparotomie en raison d'un état inflammatoire majeur des tissus.

Cette opération va s'avérer être un nouvel échec. En effet, la patiente présente, une fois de plus, une colique néphrétique quelques jours après le retrait du drainage endo-urétéral. L'uroscanner démontre alors la récurrence d'une courte sténose urétérale pelvienne gauche sous le croisement de l'uretère avec les vaisseaux iliaques. Une sonde double J est, pour la énième fois, remise en place. Les sondes double J sont

toutes mal tolérées, avec d'importantes douleurs cédant difficilement aux traitements médicamenteux.

Cette récurrence indique une nouvelle intervention chirurgicale dans le but de tenter la réalisation d'une urétérolyse avec réimplantation urétéro-vésicale gauche et vessie psoïque. Cette chirurgie, débutée par un abord laparoscopique, se révèle d'une grande complexité en raison d'une fibrose péri-urétérale majeure. La difficulté est telle que la dissection de l'uretère entraîne une plaie veineuse iliaque interne qui sera contrôlée sous laparoscopie. Ensuite, une plaie artérielle iliaque interne va nécessiter une conversion en laparotomie pour contrôler le saignement. Le choc hémorragique est évité, mais une transfusion sanguine per- et postopératoire s'avère nécessaire.

Au terme de ce pénible parcours ayant duré 6 mois, l'évolution sera finalement favorable sur le plan général et sur le plan urologique, sans récurrence de sténose urétérale.

Nous retiendrons, *in fine*, que pour une «simple» lithiase urétérale, cette patiente aura subi au long d'une période de 6 mois : de multiples épisodes douloureux aigus sur fond de douleurs chroniques (intolérance à la sonde JJ); de nombreuses hospitalisations; plusieurs narcoses; de nombreux traitements médicamenteux (analgésiques, antispasmodiques, anti-inflammatoires et antibiotiques) ainsi que des transfusions de dérivés sanguins; deux laparotomies; et enfin, un préjudice psychologique, professionnel et familial majeur.

## DISCUSSION

### A. VUE D'ENSEMBLE DE L'IATROGÉNIE EN MÉDECINE

#### ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence de patients souffrant d'un ou plusieurs événements iatrogènes dans les hôpitaux varie de 2,9 à 33,2 % (2). Cette importante variation des résultats s'explique par l'hétérogénéité méthodologique à plusieurs niveaux : différents outils de dépistage, inégalité de taille de l'échantillon, diversité clinique des événements iatrogènes (variation ou absence de définition de ceux-ci) et de la composition de la population (3).

La médecine de première ligne n'est pas épargnée pour autant, puisque l'incidence est estimée de 2 à 3 événements iatrogènes pour 100 consultations de soins primaires (4).

## ÉTIOLOGIE

L'iatrogénie ne concerne pas uniquement la chirurgie. La majorité des affections iatrogènes concerne des événements médicaux (37 %), médicamenteux (17 %) et infirmiers (17 %). Plus rarement, la chirurgie (14 %), les infections nosocomiales (5 %), les examens complémentaires (4 %) et l'anesthésie (5 %) sont impliqués dans ces dommages indésirables (5) (**Figure 2**).

Les causes fréquentes d'événements indésirables pour chaque catégorie (5) sont illustrées en annexe (**Tableau I**).

## PRÉVENTION

Une minorité de ces événements iatrogènes est inévitable (2). La meilleure prise en charge possible ne dispense pas du risque de complications iatrogènes, mais elle le diminue fortement. En effet, la plupart (17-76,5 %) de ces dommages peuvent être évités (6). Ceci signifie que la poursuite des efforts de sensibilisation des professionnels aux démarches d'analyses collectives de ces événements, afin de mettre en œuvre des mesures correctrices adéquates, permettrait d'abaisser considérablement le taux d'affections iatrogènes (7). Toutefois, même avec l'application de tous les moyens de prévention, un pourcentage de risque reste présent. Dans ce dernier cas, la balance risque/bénéfice occupe un rôle d'autant plus déterminant. Dès lors, un risque grave lié au traitement d'une pathologie bénigne est considéré comme inacceptable. À l'inverse, une complication non dangereuse associée au traitement d'une maladie mortelle ou invalidante sera jugée acceptable.

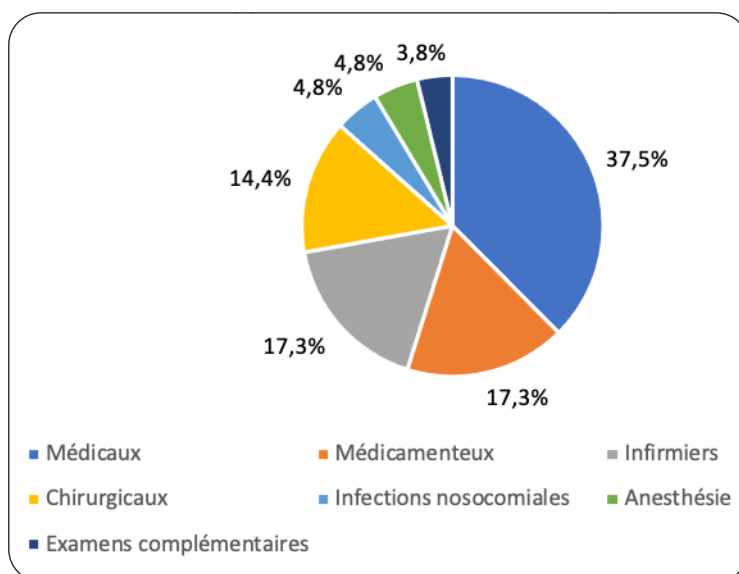
## OUTILS DE DÉPISTAGE

L'absence d'un gold standard pour détecter les événements iatrogènes explique, notamment, la divergence de résultats entre les études (3). Différentes méthodes d'identification ont néanmoins été mises au point afin d'apprécier les affections indésirables, mais leur efficacité est loin d'être comparable.

Le «Global Trigger Tool» (8) (**Tableau II**) optimisé par «The Institute for Healthcare Improvement» semble être, actuellement, le moyen de dépistage le plus performant. En effet, il a détecté dix fois plus d'événements indésirables que les autres outils de dépistage couramment employés. C'est le cas du signalement volontaire ou d'indicateurs définis par «The Agency for Healthcare Research and Quality's Patient Safety Indicators» qui eux, ont manqué 90 % des affections iatrogènes (9).

Il existe un danger dans ces méthodes qui sous-estiment considérablement l'iatrogénie, y compris l'examen de dossiers médicaux, utilisé dans de nombreuses recherches (3, 10). Ces méthodes peuvent, par conséquent, conduire à des conclusions trompeuses sur la sécurité des soins de santé et détourner les efforts visant à améliorer la sécurité des patients (9).

Une approche capable de fournir des informations précieuses manquantes aux données des examens de dépistage traditionnels n'est autre que le retour des patients eux-mêmes. Le patient est particulièrement bien placé pour apporter une vue à 360 degrés des événements iatrogènes et identifier, en outre, les facteurs contributifs (4).



**Figure 2. Fréquence des différents types d'événements iatrogènes.**

Source (réf. 5) : Garry DA, McKechnie SR, Culliford DJ, et al. A prospective multicentre observational study of adverse iatrogenic events and substandard care preceding intensive care unit admission (PREVENT). *Anaesthesia* 2014;**69**:137-42.

**Tableau I. Causes d'événements indésirables pour chaque catégorie (estimées en pourcentage).**

Médicaux	
Retard/échec de prise en charge	14,4 %
Retard/absence d'intensification des soins ou de demande d'avis	10,6 %
Retard de demande ou de réalisation d'examens complémentaires	5,8 %
Réanimation inadéquate	3,8 %
Erreurs signalées par les examens complémentaires	2,9 %
Médicamenteux	
Erreur de prescription	8,6 %
Médicament inapproprié	6,7 %
Absence de surveillance du taux de médicament	1 %
Réaction médicamenteuse	1 %
Soins infirmiers	
«Early Warning Score»	9,6 %
Surveillance inadéquate	3,8 %
Non-respect des instructions	1,9 %
Prévention insuffisante d'un déclin évitable	1,9 %
Chirurgicaux	
Lésions tissulaires	11,5 %
Installation du patient	1 %
Défaut de matériel	1 %
Retard/erreur de prise en charge	1 %
Infectieux	
Pneumonie nosocomiale	2,9 %
Urosepsis	1 %
Cellulite	1 %
Examens complémentaires, explorations	
Lésions tissulaires	3,8 %
Anesthésie	
Excès d'opioïdes	1,9 %
Incident des voies respiratoires	1,9 %
Usage incorrect de la récupération sanguine peropératoire	1 %
Source (réf.5) : Garry DA, McKechnie SR, Culliford DJ, et al. A prospective multicentre observational study of adverse iatrogenic events and substandard care preceding intensive care unit admission (PREVENT). <i>Anaesthesia</i> 2014; <b>69</b> :137-42.	

**Tableau II. «Global Trigger Tool for measuring Adverse Events Worksheet» (outil de dépistage des événements indésirables) développé par le «Institute for Healthcare Improvement». En ligne : <https://tinyurl.com/4u6nhwjp>**

## CONSEQUENCES

Domage temporaire (55,7 %) ou permanent (19,1 %) (2), nécessité d'un niveau de soin plus élevé, indication d'une nouvelle intervention invasive chirurgicale ou non, augmentation de la durée de séjour hospitalier notamment aux soins intensifs (1,5 à 10,4 jours) (11), charge supplémentaire sur les ressources des soins intensifs, accroissement du coût hospitalier (12), aggravation du taux de mortalité (0-58 %) (11), etc. constituent les conséquences des événements iatrogènes.

Au vu de ces répercussions considérables, les affections indésirables sont toutes préoccupantes, mais le sont d'autant plus lorsqu'elles sont évitables et entraînent des dommages graves pour le patient (2).

## B. IATROGÉNIE VUE PAR LE PATIENT

La perception du risque par le patient se montre ambivalente à plusieurs égards.

- Les patients le redoutent, le surestiment (13) et pourtant, ils sont les premiers demandeurs des dernières techniques souvent insuffisamment évaluées où l'iatrogénie est parfois maximale (14).

- Un véritable consentement éclairé, avec une estimation quantitative, numérique et précise, semble essentiel pour communiquer aux patients des informations qui leur permettent de prendre une décision selon leurs préférences. Pourtant, 95 % des patients déclarent que la discussion sur les risques d'une intervention n'a pas modifié leur choix pour celle-ci (13).

Le risque pour le patient ne se réduit pas à la connaissance de la probabilité de survenue et la gravité des dommages, mais s'avère plutôt être une construction sociale (15).

Un grand nombre de facteurs prennent part à la perception et l'acceptation du risque. Les notions, notamment, d'«effroyabilité» et de «non-familiarité» (15) influencent la représentation du risque par le patient. Certaines caractéristiques du patient interviennent dans l'acceptation du risque comme ses perceptions individuelles, ses facteurs sociaux ainsi que l'éthique et l'équité. Sans oublier de nombreux éléments sociaux qui forgent également l'image du risque perçue par le patient. Parmi ceux-ci, citons les médias, efficaces amplificateurs du risque (16), et les controverses entre experts qui accentuent la méfiance (15).

Ainsi, le patient peut percevoir de façon plus importante un risque exceptionnel et ne pas l'accepter tandis qu'il peut tolérer un risque pourtant plus fréquent.



### C. IATROGÉNIE VUE PAR LE MÉDECIN

Il est capital de ne pas sous-estimer la menace pour la réputation du médecin ou l'action médico-légale que représente l'iatrogénie (3).

Bien que les médecins s'efforcent, dans leur pratique quotidienne, d'éviter tout préjudice («*Primum non nocere*»), des événements indésirables et des résultats malheureux se produisent (17). Lorsque ces complications surviennent, une tension naturelle entre l'empathie envers le patient et sa famille, tout en évitant les risques juridiques, met le clinicien dans une situation plus que difficile (18). Rappelons que d'un point de vue médico-légal, l'article 8 §1er de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient indique que «*le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable*». Les risques les plus fréquents, même s'ils ne sont pas dangereux et les risques les plus graves même s'ils ne sont pas fréquents doivent être signalés au patient avant une intervention. À ce jour, aucun pourcentage seuil de la probabilité de survenue d'un risque ne décide si le risque doit être mentionné par le médecin ou non. Une grande part de subjectivité persiste donc malgré cette règle.

### CONCLUSION

Cette présentation clinique, au même titre que d'innombrables cas médicaux, tant en médecine hospitalière qu'en médecine ambulatoire, incite à ne pas sous-estimer les risques iatrogènes, y compris pour les pathologies bénignes fréquentes et les actes médicaux considérés comme banals.

En aucun cas, l'iatrogénie ne doit être négligée au vu de son importance en termes de fréquence et de répercussions, tant pour la sécurité du patient que celle du médecin. Une attention particulière est de mise dans l'utilisation de technologies et médicaments nouveaux pour lesquels nous avons peu de recul.

L'identification des événements iatrogènes et l'analyse de leur nature sont indispensables pour développer de nouvelles stratégies préventives, dans le but d'essayer de continuer à réduire ce risque.

Les avancées remarquables en matière médicale ne doivent pas nous faire oublier le «*Primum non nocere*» d'Hippocrate qui, reste et restera toujours, d'actualité.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;**163**:458-71.
2. Marquet K, Claes N, De Troy E, et al. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event : a patient record review in six belgian hospitals. *Crit Care Med* 2015;**43**:1053-61.
3. Vlayen A, Marquet K, Schrooten W, et al. Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals. *BMC Res Notes* 2012;**5**:468.
4. Traber D, Giardina PhD, Kathryn E, et al. Health care provider factors associated with patient-reported adverse events and harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2020;**46**:282-90.
5. Garry DA, McKechnie SR, Culliford DJ, et al. A prospective multicentre observational study of adverse iatrogenic events and substandard care preceding intensive care unit admission (PREVENT). *Anaesthesia* 2014;**69**:137-42.
6. Vlayen A, Verelst S, Bekkering GE, et al. Incidence and preventability of adverse events requiring intensive care admission : a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2012;**18**:485-97.
7. Poidevin A, Egard M, Guiot P, et al. Iatrogenic events : a significant cause of admission in intensive care units. *Ann Fr Anesth Reanim* 2014;**33**:503-7.
8. Griffin FA, Resar RK. *IHI Global trigger tool for measuring adverse events* (Second Edition). IHI. Innovation series white paper. Cambridge, Massachusetts:Institute for Healthcare Improvement;2009.
9. Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 2011;**30**:581-9.
10. Klasco RS, Wolfe RE, Wong M, et al. Assessing the rates of error and adverse events in the ED. *Am J Emerg Med* 2015;**33**:1786-9.
11. Liu V, Kipnis P, Rizk NW, et al. Adverse outcomes associated with delayed intensive care unit transfers in an integrated healthcare system. *J Hosp Med* 2012;**7**:224-30.
12. Mercier E, Giraudeau B, Ginies G, et al. Iatrogenic events contributing to ICU admission : a prospective study. *Intensive Care Med* 2010;**36**:1033-7.
13. Minhas AS, Jones GK, Pallazola VA, et al. Discordance of patient and provider perceptions of the meaning of verbal estimates of perioperative risk. *Perioper Care Oper Room Manag* 2018;**13**:18-23.
14. Labetoulle M. Iatrogeny : how prevalent is it, why, and how can it be reduced ? *J Fr Ophtalmol* 2009;**32**:79-82.
15. Hergon E, Moutel G, Bellier L, et al. Factors of risk perception and risk acceptability : a contribution for the knowledge of the perception of the risk associated with blood transfusion. *Transfus Clin Biol* 2004;**11**:130-7.
16. Koren G, Klein N. Bias against negative studies in newspaper reports of medical research. *JAMA* 1991;**266**:1824-6.
17. Ryan M, Mekel M, Sinha MS. Disclosure of errors in surgical procedures. Disponible : <https://www.uptodate.com/contents/disclosure-of-errors-in-surgical-procedures?topicRef=106358>. Dernière consultation le 08/02/2021.
18. Zitter JM. Admissibility of evidence of medical defendant's apologetic statements or the like as evidence of negligence. *Am Law Rep 6th* 2014;**97**:519.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr L. Namèche, Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.  
Email : [lisa.nameche@student.uliege.be](mailto:lisa.nameche@student.uliege.be)