

---

## La procédure d'alerte en radiologie hospitalière

---

L'augmentation importante du recours à l'imagerie et en particulier au scanner pour le débrouillage de situations cliniques ou la confirmation de diagnostics fait découvrir de plus en plus d'anomalies non attendues par le clinicien, ni bien sûr par le patient. Afin d'éviter les défauts de prise en charge, les services de radiologie doivent s'organiser pour que les différents intervenants soient prévenus en temps et en heure au regard de l'urgence ou de la gravité potentielle des anomalies constatées.

Dans notre expérience de médecin et de radiologue, nous avons tous connaissance de retards de prise en charge liés à des problèmes de communication entre les équipes d'imagerie et les équipes cliniciennes nous ayant adressé des patients. À partir d'une situation qui pourrait paraître simple (à savoir demande d'examen, réalisation, émission du compte rendu et départ du patient), nous nous apercevons que dans la pratique quotidienne, à chaque étape des risques sont possibles : erreurs d'identification, demande mal remplie conduisant à une réalisation inadaptée, protocole inapproprié lié à la méconnaissance par le radiologue de pathologies ne faisant pas partie de son champ de compétence, défaut d'interprétation, etc.

Nous nous intéressons ici à des situations devenues fréquentes mais qui n'ont pas fait l'objet de recommandations particulières et qui concernent la gestion des diagnostics urgents ou inattendus, en traitant d'un certain nombre de circonstances à risque que nous avons identifiées.

### Gérer les diagnostics urgents ou inattendus

#### 1. Patient adressé par le service d'accueil des urgences

- Découverte d'une anomalie attendue mais grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital (embolie pulmonaire massive, pneumopéritoine...). Le médecin coordinateur des urgences doit être prévenu, le délai de réalisation et d'impression du compte rendu pouvant retarder la prise en charge du patient. Cette consigne évidente peut toutefois, pour diverses raisons, ne pas être appliquée ; par exemple lors des changements d'équipe médicale, lors du passage en garde, mauvaise transmission sur ce qui est à interpréter en priorité ou quiproquo sur le fait que le clinicien a été prévenu.
- Découverte fortuite d'une pathologie potentiellement tumorale (tumeur pulmonaire, rénale, digestive...) chez un patient adressé pour un autre diagnostic. S'il n'y a pas de procédure d'alerte spécifique, le diagnostic risque d'être méconnu par le clinicien et par le patient, préoccupé par la pathologie qui a motivé la venue aux urgences du patient. Le risque de méconnaissance existe quel que soit le devenir du patient : retour au domicile, transfert dans un autre établissement hospitalier, ou voire même hospitalisation dans l'hôpital ; le service d'accueil, a fortiori s'il est spécialisé, n'a pas nécessairement l'attention attirée par un compte rendu radiologique si le diagnostic principal du patient a été posé et discuté oralement et le patient catégorisé « M. X, c'est une sigmoïdite diverticulaire ! ».
- Interprétation différée de radiographies par un radiologue dans un cadre post-traumatique plus souvent, identifiant une fracture non nécessairement repérée lors de la lecture initiale de l'urgentiste et donc potentiellement non traitée. Le radiologue constatant rétrospectivement une fracture doit vérifier dans le dossier patient qu'elle a bien été identifiée. Si cela n'a pas été le cas, il doit alerter l'urgentiste et signaler cette notification dans le compte rendu.

#### 2. Patient adressé par un médecin extérieur (libéral, dispensaire, etc.)

Dans ce cas, la découverte fortuite d'une lésion inattendue pose plusieurs problèmes : le patient n'est souvent pas vu par le radiologue et repart à son domicile sans être informé du résultat de son examen qu'il peut oublier de venir chercher bien qu'il soit censé le récupérer dans un second temps. Il peut s'agir encore une fois de pathologies urgentes (embolie pulmonaire de découverte fortuite par exemple) et on peut penser que l'énergie dépensée pour « traquer » ce patient aurait pu être évitée, dans de nombreux cas, si on avait organisé un court entretien systématique après la réalisation de l'examen. Il est également fondamental de prendre correctement les coordonnées du patient lors de la prise de rendez-vous et de les faire confirmer lors de son passage.

En cas de pathologie potentiellement tumorale, le patient non prévenu est susceptible de venir chercher son examen, et de lire sans aucun accompagnement un diagnostic péjoratif, ce qui sera évidemment très mal vécu (« Découverte d'une tumeur colique avec métastases hépatiques... »). Pour de multiples raisons, le patient peut aussi ne pas venir chercher son examen (oubli, précarité, problème de compréhension, ambiguïté sur qui récupère quoi ou qui envoie quoi, etc.) et le diagnostic « fortuit » restera entièrement méconnu. Un compte rendu adressé systématiquement au médecin demandeur permet d'éviter ces situations.

#### 3. Patient adressé par un consultant de l'hôpital

C'est bien sûr une situation fréquente. Plusieurs problèmes peuvent néanmoins se poser :

- L'aggravation nette d'une pathologie suivie et jusque-là stable, alors que le rendez-vous avec le clinicien est tardif ou que le patient ne s'y rend pas. Le clinicien doit pouvoir être prévenu pour convoquer le patient. En oncologie, le radiologue peut demander à ce que le patient soit inscrit sur la liste des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

- La prise en charge par deux spécialistes d'organes : par exemple, pour une lésion rénale de découverte fortuite échographique, un hématologue prescrit à bon escient un scanner rénal multiphasique et adresse le patient à une consultation urologique. Toutefois, l'examen est adressé au demandeur de l'examen (consultation d'hématologie) et l'urologue n'a pas le scanner lors de la consultation. L'informatisation devrait pallier à ce genre de soucis, mais beaucoup de consultations ne sont pas même encore équipées d'ordinateurs.

#### **4. Patient hospitalisé**

Les changements de service d'un patient, les changements semestriels des internes, les demandes mal remplies sans médecin joignable sont des exemples de circonstances où les problèmes d'alerte risquent de se multiplier. Toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital doit être signalée oralement et cette alerte notée dans le compte rendu.

#### **5. Problèmes liés à une double lecture radiologique**

Un certain nombre de services ont organisé leur travail de façon à avoir une double lecture. Cette deuxième lecture, quasi systématique lorsqu'un interne est en poste, est souvent différée. Le système informatique doit être paramétré afin que le clinicien, s'il a accès à un compte rendu qui n'est pas validé, puisse être clairement informé du statut non validé du compte rendu. Si une modification est faite en différé et qu'elle remet en cause la prise en charge habituelle, le clinicien doit en être prévenu dans les plus brefs délais. Nous préconisons une transparence dans le compte rendu : « compte rendu modifié et clinicien prévenu le... ». La validation électronique doit par ailleurs intervenir au plus près du premier compte rendu édité.

### **En conclusion**

Le métier de radiologue ne se limite pas à l'interprétation des images. Se sentir concerné par le devenir du patient ou transmettre des informations sont des éléments aussi importants que le soin que l'on porte à la réalisation des comptes rendus. L'organisation d'un service de radiologie doit clairement afficher cette volonté. Nous devons veiller à ce que les actions d'amélioration intègrent de nombreux partenaires : personnel d'accueil, manipulateurs, agents, secrétaires, urgentistes, cadres, informaticiens, responsables communication, médecins cliniciens et radiologues, internes et étudiants hospitaliers, responsables des services. Les échecs devront être identifiés, discutés, et au besoin faire l'objet de réunions morbi-mortalité.

La première personne envers qui nous devons nous sentir responsable, lié par un lien contractuel est le patient (et non pas le clinicien), quelle que soit sa situation. Cette vision de la profession, ainsi que la présence de plus en plus fréquente des radiologues aux staffs multidisciplinaires replacent la radiologie dans le parcours de soins du patient et restitue au radiologue sa fonction clinique, trop souvent négligée du fait de la fascination des images qu'apporte, par exemple, le scanner multibarrettes. L'enseignement des internes doit intégrer ces notions de communication dès le début de leur formation et à chaque changement de stage.

Published on : Thu, 18 Oct 2012