

## Cas clinique chirurgie – avril 2016

### Occlusion du grêle. Attente 12h00 du TDM abdominal. Cécité postopératoire (neuropathie optique ischémique)

#### Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<i>Diagnostic retenu par le chirurgien en accord avec le tableau clinique</i>	<i>OUI, les <u>signes cliniques</u> étaient compatibles avec une occlusion intestinale l'<u>ASP</u> montrait des niveaux liquides plus larges que hauts (occlusion du grêle) l'<u>antécédent d'hystérectomie</u> était en faveur d'une bride</i>	
<i>Traitement médical initialement justifié (référence 1)</i>	<i>OUI, mais à condition qu'il entraîne rapidement la disparition des vomissements et la diminution des douleurs abdominales (en l'absence d'antalgiques)</i>	
<i>Maintien du traitement médical fondé sur - des critères objectifs - dans un temps déterminé, - grâce à une surveillance rapprochée</i>	<i>NON, Un seul point de surveillance à 03h00 signalant que la patiente (sous antalgique) était « encore un peu algique » La couleur du liquide d'aspiration gastrique (300ml) n'était pas notée</i>	<b>Important</b>
<i>Examen TDM abdominal justifié</i>	<i>OUI, si demandé en urgence à l'admission de la patiente NON, si responsable d'un retard à l'intervention d'une occlusion du grêle sur bride évoluant depuis plus de 48 h à l'admission <b>Inutile et contre-indiqué</b> en cas de vomissements fécaloïdes justifiant une intervention immédiate (référence 1)</i>	<b>Majeure</b>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Appel de recours du chirurgien par l'anesthésiste,</i>	<i>à 08 h 50, pour l'avertir de la survenue de vomissements fécaloïdes chez la</i>	<b>Majeure</b>

	<i>patiente,</i> <b>Afin d'annuler l'examen TDM et décider d'une intervention immédiate</b>	
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Intervention d'urgence, au retour de la patiente de l'examen TDM après mise en condition rapide</i>	<i>OUI</i>	
<i>Transfert de la patiente dans le service de réanimation du CHU au décours immédiat de l'intervention</i>	<i>NON, malgré un état de choc imparfaitement contrôlé par le traitement prescrit et l'absence de service de réanimation et de médecin réanimateur sur place</i>	<b>Arrêt cardiaque</b> <i>survenu la nuit avec cécité séquellaire</i>

## Références

- 1) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/g-grele/Occlusions-du-grele-sur-bridés/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fchirurgie-viscerale%2Fhtm%2FArticle%2F2008%2Fmie-20080529-173625-11699>

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

<b>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</b>		
<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	- <i>NON</i>	
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<i>Inadaptation du protocole de surveillance à la situation de la patiente (en occlusion du grêle par bride depuis plus de 48 h), notamment en ce qui concernait : les critères à surveiller, la périodicité, le niveau d'alarme, la personne à prévenir (en l'occurrence, le chirurgien) Etablissement n'ayant pas le niveau de sécurité suffisant pour garder, sur place, en postopératoire, une patiente en état de choc imparfaitement contrôlé par le traitement prescrit : absence de service de réanimation, absence de médecin réanimateur sur place</i>	<b>MAJEURE</b>
<b>Environnement du</b>		

travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Voir paragraphe précédent	
Equipe (communication, supervision, formation)	-Défaut de transmission entre l'anesthésiste du bloc et le chirurgien : ce dernier n'a pas été prévenu par l'anesthésiste de la survenue de vomissements fécaloïdes chez la patiente	<b>MAJEURE</b>
Individus (compétences individuelles)	<p><u>Anesthésiste du bloc</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-méconnaissance des signes de gravité nécessitant une intervention d'urgence en cas d'occlusion du grêle sur bride</li> <li>- autorisation du transfert sans examen de la patiente et sans accord du chirurgien</li> <li>-absence de transfert en réanimation au CHU après la première intervention alors que l'état de choc de la patiente était imparfaitement contrôlé par le traitement prescrit</li> </ul> <p><u>Chirurgien opérateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protocole de surveillance inadapté à la surveillance de la malade (voir plus haut)</li> <li>-absence de transfert de la patiente en réanimation au CHU après la première intervention</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
Tâches à effectuer et (disponibilité et compétence)	Absence d'appareil de TDM dans la clinique	Minime
Patients (comportements, gravité)	NON	