

"Choc hémorragique après cure d'une hernie inguinale.  
Rôle de la reprise précoce d'un anticoagulant oral direct (AOD) ?"

Par le Dr Christian Sicot

### Tableau d'analyse des barrières

*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*

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
Indication opératoire justifiée	<b>OUI</b>	
Technique opératoire conforme aux bonnes pratiques	<b>OUI</b> , mais la voie d'abord coelioscopique exposait à un risque hémorragique accru (Voir expertise)	
Surveillance post-opératoire adaptée	<b>NON</b> , la fréquence de la surveillance des constantes habituelles devait être, au minimum, horaire, au décours immédiat de l'intervention (et non, toutes les 3 heures)	Minime, compte-tenu du défaut de prise en charge de l'anesthésiste de garde dès la découverte de l'hypotension artérielle et de la tachycardie
Reprise de tout anticoagulant oral direct (AOD), au moins 6 heures après l'intervention  (Recommandation faite à partir de 2015 – Voir Commentaire en fin d'observation)	<b>NON</b> , Pradaxa© repris trois heures après la fin de l'intervention	<b>MAJEURE</b> (mais Recommandation faite à partir de 2015)
Hypothèse diagnostique retenue compatible avec la symptomatologie constatée à 21 h	<b>OUI</b> , l'hypothèse d'un saignement postopératoire était vraisemblable : <ul style="list-style-type: none"> <li>chez un opéré ayant repris du Pradaxa© 3 heures après la fin de l'intervention et,</li> <li>en accord avec l'amélioration initiale de l'hypotension artérielle par le remplissage vasculaire</li> </ul>	
Prise en charge adaptée à l'hypothèse diagnostique retenue ( saignement post-opératoire)	<b>NON</b> , l'hypothèse d'un saignement post-opératoire imposait : <ul style="list-style-type: none"> <li>un appel immédiat du chirurgien opérateur (et, en son absence, du chirurgien de garde) pour décider des mesures à prendre en urgence et notamment celle d'une (probable) réintervention</li> <li>une transfusion de culots globulaires avec un rythme adapté aux chiffres tensionnels et à la baisse du taux d'hémoglobine (à mesurer avant la transfusion)</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>

BARRIERES DE RECUPERATION		
Conseil donné par le cardiologue à l'anesthésiste de garde, après avoir éliminé une cause cardiaque à l'hypotension artérielle de l'opéré, de prévenir, d'urgence, le chirurgien opérateur dans l'hypothèse probable d'un saignement postopératoire	<b>NON</b>	<b>MAJEURE</b>
BARRIERES D'ATTENUATION		
Réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire	<b>OUI</b> , mais échec prévisible compte-tenu de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la poursuite du saignement postopératoire,</li> <li>• l'insuffisance des mesures de correction du choc hémorragique et,</li> <li>• l'absence de surveillance attentive du patient par l'équipe infirmière (arrêt cardiaque signalé par un voisin de chambre)</li> </ul>	<b>DECES</b>

**Tableau d'analyse détaillée**  
**Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)**

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Institutionnel</b> (contexte économique réglementaire)	<b>NON</b>	
<b>Organisation</b> (personnels et matériels, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de notion d'une concertation entre un anesthésiste-réanimateur de la Clinique et tout anesthésiste-réanimateur étranger à la Clinique avant qu'il ne prenne sa garde (ex : information sur les opérés du jour et/ou les opérés posant problème)</li> <li>• Absence de protocole concernant l'appel du chirurgien opérateur ou du chirurgien de garde</li> <li>• Absence d'information des anesthésistes-réanimateurs de garde ne faisant pas partie du personnel permanent de la Clinique sur les produits (ex : culots globulaires) ou dispositifs (ex : mesure du taux d'hémoglobine au lit du patient) disponibles sur place</li> <li>• Non utilisation des protocoles existants (ex : surveillance des opérés pendant les premières 24 h postopératoires)</li> </ul>	<b>IMPORTANTE</b>
<b>Environnement du travail</b> (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectif suffisant de l'équipe infirmière de nuit en service d'hospitalisation ?</li> </ul>	<b>?</b>
<b>Equipe</b> (communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de l'équipe infirmière de nuit en service d'hospitalisation à la prise en charge d'une complication postopératoire grave ?</li> </ul>	<b>?</b>

## Tableau d'analyse des causes profondes

Détail des défauts de compétences non techniques		Contribution relative
<p><b>Individus</b> (compétences individuelles)</p>	<p><b>Anesthésiste de garde Dr C.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'appel du chirurgien opérateur (ou du chirurgien de garde) malgré le diagnostic de choc hémorragique justifiant vraisemblablement une réintervention</li> <li>• Retard à la transfusion de culots globulaires</li> <li>• Absence de prescription d'une surveillance continue de la PA dès 21 h 30 avec appel en cas de non-remontée, à fortiori de baisse de PA</li> </ul> <p><b>Equipe infirmière(e)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de surveillance attentive du patient (arrêt cardiaque signalé par le voisin de chambre)</li> </ul>	<p><b>MAJEURE</b></p>
<p><b>Tâches à effectuer</b> (disponibilité et compétence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir paragraphe « Organisation » et « Equipe »</li> </ul>	
<p><b>Patients</b> (comportements, gravité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient sous traitement par AOD au long cours</li> </ul>	<p><b>IMPORTANT</b></p>