

## Cas Chirurgie Juin 2014

### Syndrome toxi-infectieux grave au décours d'une cure de prolapsus avec pose d'une prothèse non résorbable par voie vaginale

#### ANALYSE APPROFONDIE

BARRIERES DE PREVENTION	Barrière respectée dans le cas	Contribution relative
Indication de l'intervention justifiée	OUI	
Antibioprophylaxie conforme aux recommandations (Céfoxitine) (référence 1)	NON (Céfazoline)	A priori, NON
Respect des recommandations du CNGOF pour prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus (référence 2)	A priori OUI (mais dossier insuffisamment documenté sur certaines recommandations)	
Technique opératoire conforme aux recommandations (référence 2)	A priori OUI	
Suivi postopératoire par l'équipe chirurgien-anesthésiste conforme aux recommandations du CNOM (référence 3)	OUI	
Prise en compte des anomalies cliniques postopératoires à la date de leur apparition	NON, premiers examens biologique et radiologiques demandés à J5 alors que des anomalies cliniques existaient dès J1	Minime (en raison de l'interprétation erronée des résultats des examens demandés avec retard)
Diagnostic conforme aux anomalies révélées par les examens demandés	NON -Diagnostic d'une affection neurologique malgré l'absence de données cliniques et scanographiques -Absence de diagnostic de cellulite pelvienne malgré le tableau clinique et les anomalies scanographiques caractéristiques (présence de gaz dans les tissus cellulo-adipeux pelviens)	MAJEURE
Traitements adaptés aux anomalies révélées par les examens demandés	NON -corticoïdes IV contre-indiqués (aggravation de l'infection) -Antibiothérapie (Rocéphine®) insuffisante et inadaptée - mannitol (absence d'indication)	MAJEURE
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		

Contact direct entre le radiologue et le chirurgien pour expliciter à ce dernier le compte-rendu du scanner pelvien et lui confirmer le diagnostic de cellulite pelvienne	NON	MAJEURE
Transfert de la patiente dans un établissement hospitalier adapté à son état	OUI, à la demande de la famille mais 48 h après la mise en évidence d'une cellulite pelvienne	
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Traitement associant : -hospitalisation en réanimation -antibiothérapie probabiliste à large spectre -chirurgie d'excision étendue -oxygénothérapie hyperbare (si possible) (référence 4)	OUI, mais, seulement au CHU, soit avec plus de 24 h de retard malgré l'extrême d'urgence de la prise en charge. Les médecins du centre hospitalier auraient dû mettre en œuvre ce traitement sur place ou transférer la patiente au CHU. La proposition du retour à la clinique était contraire à l'intérêt de la patiente qui prime sur la déontologie entre médecins (voir Expertise)	Décès 23 jours après l'admission au CHU

## REFERENCES

- 1) <http://www.anesthesie-foch.org/s/spip.php?article34>
- 2) [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_prolapsus\\_2011.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_prolapsus_2011.pdf)
- 3) <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-concernant-les-relations-entre-anesthetistes-reanimateurs-et-chirurgiens-autres-spec-665>
- 4) [http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2012/20120416-122757-301/src/htm\\_fullText/fr/FCC%2018%20mise%20en%20page.pdf](http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2012/20120416-122757-301/src/htm_fullText/fr/FCC%2018%20mise%20en%20page.pdf)

## 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>	NON	
<b>Organisation (personnels et matériels, protocoles)</b>	-Défaut de coordination entre les services de radiologie et de chirurgie -Défaut d'adaptation à une situation imprévue	<b>Majeure</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	Non adapté à la prise en charge d'une complication post-opératoire aussi grave et nécessitant un traitement d'extrême-urgence	<b>Majeure</b>
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	-Absence de contact direct entre le radiologue et le chirurgien pour expliciter à ce dernier le compte-rendu du scanner pelvien et lui confirmer le diagnostic de cellulite pelvienne	<b>Majeure</b>

<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<p><u>Chirurgien et anesthésiste</u>  1) analyse inadaptée des signes cliniques et des anomalies du scanner pelvien  2) prescription d'un médicament contre-indiqué en cas d'infection sévère (corticoïde)  3) a priori, non-connaissance encyclopédique de la complication survenue (cellulite pelvienne)  4) transfert de la patiente dans un service adapté à son état non envisagé, jusqu'à la demande faite par la famille</p> <p><u>Chirurgien</u>  -Comportement irresponsable et faute déontologique grave dans l'accord donné au centre hospitalier pour le renvoi de la patiente à la clinique avec réintervention immédiate (alors qu'il n'a pas attendu son arrivée, ni programmé d'intervention)</p>	<p><b>Majeure</b></p> <p>Moyenne  Compte tenu des insuffisances de l'acte chirurgical pratiqué le lendemain matin</p>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	-Voir paragraphe précédent	<b>Majeure</b>
<b>Patients (comportement, gravité)</b>	Complication exceptionnelle et très grave en l'absence d'une prise en charge d'extrême urgence	<b>Moyenne</b>

---