

## Cas chirurgical Septembre 2013

### Périopératoire : retard diagnostique d'une complication après colectomie coelioscopique

#### ANALYSE DES BARRIERES

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		<i>Contribution relative</i>
Dépistage du cancer colo rectal avant la découverte d'une lésion justifiable de la chirurgie	<i>Non effectué</i>	<i>Oui</i>
Bilan complet avant décision chirurgicale	<i>Effectué</i>	<i>Non</i>
Avis multidisciplinaire oncologique	<i>Effectué</i>	<i>Non</i>
Bilan complet de l'opérabilité et des facteurs de risques anesthésiques - Arrêt de certains traitements (Plavix)	<i>Effectué</i>	<i>Oui mais état antérieur ayant participé à la complication et à sa gravité</i>
Préparation colique (régime, « purge »)	<i>Non effectuée</i>	<i>Mineure car discutée dans ce type d'intervention</i>
Compétence de l'opérateur et technique chirurgicale	<i>Bonne</i>	<i>Majeure a posteriori</i>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention</b>		
En SSPI, valeur de l'alerte d'un syndrome douloureux abdominal difficile à maîtriser avec symptômes respiratoires		<i>Oui Prise en compte et apparemment résolutive</i>
Rôle éventuellement délétère de la prise en charge de la douleur dans le masquage de la complication	<i>Possible</i>	<i>?</i>
Décision collégiale de surveillance nocturne enUSIC	<i>Non discutée</i>	<i>Oui</i>
Surveillance nocturne selon consignes données au sortir SSPI	<i>Non faite pendant 8 heures</i>	<i>Rôle majeur</i>
Avis collégial devant la situation hémodynamique le matin	<i>Oui</i>	<i>Rôle majeur chirurgien présent, mais apparemment pas d'anesthésiste au chevet du patient en dehors d'un interne</i>
Décision de transfert en réanimation dès le début de l'après-midi sur la base de la tachycardie et l'hypoxémie non expliquées	<i>Non</i>	<i>Rôle majeur</i>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Décision opératoire la plus précoce possible ou d'explorations éventuellement contributives (coelioscopie, scanner)	<i>Non</i>	<i>Rôle majeur mais complication exceptionnelle et gravissime</i>

## ANALYSE APPROFONDIE

<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</b> (contexte économique réglementaire)	<i>Centre hospitalier de référence (CHU) habilité à la prise en charge de ce type de pathologie</i>	Non
<b>Organisation</b> (personnels et matériels, protocole)	<i>Horaires SSPI ? (au moins jusqu'à 20h00) Protocoles infirmiers? Organisation du système de garde en chirurgie ? Proximité d'une unité de surveillance continue ? Service de réanimation existant</i>	Oui
<b>Environnement du travail</b> (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnu la nuit Equipe chirurgicale présente sur place de jour en nombre suffisant, avec visites du chirurgien en post opératoire au chevet du patient A priori aucun manque d'équipement préjudiciable</i>	?
<b>Equipe</b> (communication, supervision, formation)	<i>Supervision des prescriptions d'interne par le chef de service de chirurgie et le senior mais apparemment pas par l'équipe d'anesthésie-réanimation. Absence de décision collégiale de transfert précoce en réanimation.</i>	Oui
<b>Individus</b> (compétences individuelles)	<i>Compétences reconnues des praticiens seniors, chirurgiens expérimentés mais gestion du patient avec le minimum d'examens para cliniques à J1 et sous-estimation de la gravité et des délais de ré intervention urgente Compétence de l'interne ?</i>	Oui
<b>Tâches à effectuer</b> (disponibilité et compétence)	<i>Manque crucial de surveillance nocturne de la part des IDE malgré des prescriptions détaillées à la sortie de SSPI. Disponibilité des réanimateurs lors de leur appel tardif.</i>	Oui
<b>Patients</b> (comportements, gravité)	<i>Non</i>	Non