

Cas clinique – Chirurgie – Hémorragie post-mastectomie

Décès d'une patiente à risque par hémorragie post-op suspectée (identifiée), mal détectée (mal bilantée), et totalement négligée dans sa récupération par toute l'équipe médicale, la nuit et en été.

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Respectée dans le cas clinique</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Indication opératoire justifiée</i>	<i>OUI</i>	
<i>Imagerie préopératoire permettant de prévoir l'envahissement métastatique massif du creux axillaire gauche</i>	<i>NON, A ce sujet, la réalisation d'une IRM avant l'intervention, aurait été souhaitable à condition de ne pas retarder le geste opératoire</i>	<i>Importante</i>
<i>Stratégie opératoire adaptée</i>	<i>a priori, OUI</i>	
<i>Risque postopératoire principal identifié (saignement par lâchage des ligatures vasculaires au niveau des zones disséquées)</i>	<i>OUI,</i>	
<i>Consignes de surveillance adaptées</i>	<i>OUI →2 drains de Redon mis en aspiration dans la loge de mastectomie et le creux axillaire →Surveillance PA et FC</i>	
<i>Dépistage rapide de la survenue du risque</i>	<i>OUI →appel du chirurgien à 23 h pour chute de PA chez la patiente et présence de 750 ml de sang dans les flacons de Redon</i>	
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Identification et Détection rapide de la survenue du risque</i>	<i>OUI →appel du chirurgien à 23 h pour chute de PA chez la patiente et présence de 750 ml de sang dans les flacons de Redon</i>	
<i>Correction adaptée en raison de la connaissance du risque</i>	<i>NON, →Pas de déplacement du chirurgien →l'infirmière ne prendra plus la PA de la patiente pendant plus de 3 heures... pour ne pas la réveiller !!!</i>	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Décision concertée CHIR_MAR en urgence de reprise chirurgicale devant un tableau hémorragique</i>	<i>NON</i>	Majeure

ANALYSE DÉTAILLÉE

Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>NON</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence ou non respect de protocole concernant la prise en charge d'un saignement post-opératoire Sécurité probablement insuffisante, dans le service de chirurgie, pendant les vacances d'été, la nuit (personnels, USC fermée, matériels)</i>	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Probable tension sur les d'anesthésistes-réanimateurs pendant les vacances d'été, entraînant la fermeture de l'Unité de soins continus de la clinique</i>	Importante
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Défaut d'encadrement de l'équipe de nuit (semble être "abandonnée à elle-même") Glissement de tâches (infirmière) et problèmes de coordination du binôme IDE-AS (données de l'expertise)</i>	Importante
Individus (compétences individuelles)	<i><u>Chirurgien</u> : négligences dans l'appréciation d'un saignement post-op. <u>Infirmière</u> défaut de surveillance de la patiente à partir de 00h00, bilan transmis au chirurgien à 04h00 sous-estimant la gravité de la situation, dossier informatisé non rempli Version des faits précédant le décès de la patiente, sujette à caution</i>	Majeure
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Absence de disponibilité du chirurgien durant son astreinte de garde : La survenue d'un saignement postopératoire (qu'il avait lui-même prévu) mettant en jeu le pronostic vital (importance, retentissement tensionnel) imposait sa venue auprès de la patiente, compte-tenu de la nécessité d'une éventuelle réintervention d'urgence, qu'il était seul à pouvoir décider</i>	Majeure
Patients (comportements, gravité)	<i>Cancer du sein avec envahissement ganglionnaire massif obligeant à une dissection et à un clivage de la veine axillaire pouvant être responsable d'un saignement postopératoire Obésité ayant pu majorer les difficultés de dissection</i>	Importante