

"Décès après arrêt d'un traitement antiagrégant en préopératoire d'une intervention non-urgent"



Par le Docteur Christian Sicot

Tableau d'analyse approfondie

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
Décision opératoire (chirurgie carotidienne) justifiée	OUI, (voir expertise) mais non-indispensable	
Urgence de l'intervention	NON , néanmoins le chirurgien avait prévu une date d'intervention moins d'un mois après la consultation initiale du patient et sans connaître les résultats de la coronarographie qu'il avait lui-même programmée.	IMPORTANTE
Modification d'un traitement par Brilique® toujours avec l'accord du médecin ayant prescrit cet antiagrégant	NON , l'anesthésiste à l'origine de l'arrêt préopératoire du Brilique® ne s'est même pas enquis du motif ayant justifié sa prescription.	MAJEURE ++
BARRIERES DE RECUPERATION		
Contact pris par le patient avec le cardiologue interventionniste ayant prescrit Brilique®, pour lui demander son avis concernant la demande formulée par l'anesthésiste, avant tout arrêt de celui-ci	NON	MAJEURE +++
BARRIERES D'ATTENUATION		
Réanimation d'un arrêt cardio-circulatoire	OUI , mais après un délai important.	Décès

Tableau d'analyse des causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (Selon la méthode ALARM)

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	NON	

Organisation (personnels et matériels, protocole)	Absence de protocole pour gérer le péri-opératoire de tout traitement anticoagulant ou antiagrégant, comportant notamment la participation obligatoire du médecin ayant prescrit le traitement à cette gestion.	MAJEURE
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Non connu	
Equipe (communication, supervision, formation)	Absence d'échange d'informations entre le chirurgien vasculaire, le cardiologue interventionniste et l'anesthésiste ayant réalisé la consultation préanesthésique, alors que ces 3 praticiens exercent dans la même clinique. Notamment, l'anesthésiste ayant réalisé la consultation préanesthésique n'a pas pris contact avec le cardiologue interventionnel avant de programmer l'arrêt de l'antiagrégant.	MAJEURE
Individus (compétences individuelles)	<p><u>Chirurgien vasculaire</u> Programmation rapide (délai de moins d'un mois) d'une intervention non-urgente et en l'absence des résultats d'une coronarographie qu'il avait lui-même prescrite.</p> <p><u>Cardiologue interventionnel...</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence apparente d'information du chirurgien vasculaire sur les résultats de la coronarographie et de l'angioplastie coronarienne et la nécessité impérieuse de reporter l'intervention carotidienne. • N'a pas suffisamment informé le patient ou n'a pas vérifié que celui-ci avait pris conscience : <ul style="list-style-type: none"> ○ de la gravité de sa maladie coronarienne, ○ de l'impérieuse nécessité de ne pas interrompre, ne serait-ce que pour 24 h, son traitement antiagrégant et, ○ du report de toute chirurgie non urgente dans les mois à venir. <p><u>Anesthésiste assurant la consultation préanesthésique</u> N'a pas pris contact avec le médecin (cardiologue interventionnel) ayant prescrit le traitement antiagrégant au patient, avant de programmer son arrêt.</p>	MAJEURE +++
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Voir paragraphe "Organisation" et "Equipe"	
Patients (comportements, gravité)	Patient n'ayant pas pris en compte : <ul style="list-style-type: none"> • les complications possibles de sa maladie coronarienne, • ni la nécessité impérieuse de ne pas interrompre son traitement antiagrégant. 	MAJEURE