

"AVC postopératoire chez une patiente traitée par AVK"

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
Prise en compte de l'avis du cardiologue (prescription d'un bêta-bloquant pour ralentir la fréquence cardiaque) avant l'intervention	NON	Possible mais non établie dans la survenue de l'AVC postopératoire
Evaluation du risque thrombo-embolique en préopératoire	Voir commentaires 1 et 2 en fin d'observation	
Décision d'arrêt d'AVK en périopératoire justifiée.	A priori, OUI	
Gestion périopératoire de l'arrêt de l'AVK conforme aux recommandations. (Commentaire 1)	NON En préopératoire Relais par HBPM après arrêt du Prévican® En postopératoire Pas de relais par HBPM prévu lors de la reprise du Prévican®	Majeure
Ordonnance remise à la patiente lors de sa sortie de la clinique pour la reprise du traitement anticoagulant.	NON	Majeure
BARRIERES DE RECUPERATION		
Information donnée à la patiente lors de la consultation pré-anesthésique sur les risques de l'arrêt de l'AVK et la méthode pour les prévenir : <ul style="list-style-type: none">• Relais par HBPM après l'arrêt en préopératoire.• En postopératoire, relais par HBPM dès la reprise de l'AVK, jusqu'à l'obtention de 2 INR successifs en zone thérapeutique à 24 heures d'intervalle. (Commentaire 1)	NON	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
Prise en charge d'un AVC sylvien par thrombose de l'artère cérébrale moyenne.	OUI	Décès 3 mois plus tard

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

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (Contexte économique réglementaire)	NON	
Organisation (Personnels et matériel, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de protocole pour assurer le suivi du dossier d'anesthésie lors du séjour en clinique : depuis la consultation de pré-anesthésie, puis le bloc opératoire, jusqu'au service d'hospitalisation. • Absence de protocole pour désigner le médecin responsable de la gestion périopératoire du traitement anticoagulant des patients. • Absence de protocole pour désigner le médecin responsable de la sortie du patient. • Absence de protocole concernant les documents à remettre au patient lors de sa sortie, au minimum : <ul style="list-style-type: none"> - compte rendu d'hospitalisation, - lettre au médecin traitant, - ordonnance de sortie. • Absence d'information des médecins assurant des remplacements dans la clinique sur le règlement intérieur de la clinique (s'il en existe un !). 	MAJEURE
Environnement du travail (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	?	
Equipe (Communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de concertation entre le chirurgien et les anesthésistes réanimateurs ayant en charge la patiente, notamment sur : <ul style="list-style-type: none"> - la gestion périopératoire de l'arrêt du Préviscan® chez la patiente ; - la date et les conditions de sortie de la patiente. 	MAJEURE
Individus (Compétences individuelles)	<p>Chirurgien opérateur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apparemment, aucune information donnée à la patiente sur les risques de l'arrêt du Préviscan® et les moyens de les prévenir. • Décision de faire sortir la patiente sans prévenir le Dr. B. • Décision de faire sortir la patiente sans vérifier qu'une ordonnance pour la reprise de son traitement anticoagulant lui a été remise. <p>Anesthésiste Dr A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de concertation avec le chirurgien et le Dr B. pour décider de la gestion périopératoire de l'arrêt du Préviscan®. 	MAJEURE

	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'information de la patiente sur la nécessité d'un relais par HBPM lors de la reprise du Préviscan®. (Commentaire 1) <p>Anesthésiste Dr B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de concertation avec le Dr A. pour assurer la cohérence de la gestion périopératoire de l'arrêt du Préviscan® en associant HBPM lors de la reprise de l'AVK (au matin du 24 février avant la sortie de la patiente). 	
<p>Tâches à effectuer (Disponibilité et compétence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voir paragraphes « Organisation » et « Equipe ». 	
<p>Patient (Comportements, gravité)</p>	<p>Patiente n'ayant apparemment pas reçu d'information pour la reprise du Préviscan® mais n'ayant pas, semble-t-il, demandé de consigne ni d'ordonnance lors de sa sortie de la clinique.</p>	<p>MAJEURE</p>