

"Retard diagnostique d'une péritonite après hystérectomie malgré des signes cliniques et radiologiques évocateurs"

par le Dr Christian SICOT



Tableau d'analyse approfondie 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
Réactivité en cas de suspicion de complication abdominale postopératoire	OUI , mais les examens d'imagerie demandés à J4 n'étaient pas ceux qui sont recommandés. Le scanner est l'examen de référence pour le suivi postopératoire abdominal et le diagnostic des complications (référence 1). Il n'a été prescrit qu'à J6 par le chirurgien digestif (et non par les médecins en charge de la patiente) et réalisé à J7.	Important À relativiser (voir paragraphe suivant)
Décision de ré intervention d'urgence prise conformément aux anomalies révélées par le scanner abdominal (péritonite) à J7	NON Ni le chirurgien gynécologue, ni les anesthésistes-réanimateurs en charge de la patiente n'ont pris la décision de ré intervention	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
Demande d'avis à un chirurgien digestif	OUI , mais de manière assez incompréhensible, celui-ci après avoir visionné, les images du scanner sur la console, n'a pas retenu l'urgence d'une ré intervention	MAJEURE +++
Concertation avec le radiologue ayant réalisé le compte-rendu du scanner pour analyser les anomalies retrouvées sur les clichés et en rechercher la cause	NON	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
Ré intervention	OUI Mais à J8, quatre jours après l'apparition des premiers symptômes et 36 heures après la réalisation du scanner et chez une patiente en choc septique <ul style="list-style-type: none"> • Séjour d'une semaine en réanimation. Hospitalisation de 4 mois avant le retour à domicile avec de nombreuses interventions pour des complications septiques • Rétablissement de la continuité intestinale au bout de 10 mois 	

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 matériels, protocole)	Protocole de surveillance des opérés manquant de clarté : <ul style="list-style-type: none"> • Qui surveille ? (chirurgien gynécologue ? anesthésistes-réanimateurs ?) • Qui prend les décisions ? (chirurgien gynécologue ? concertation entre chirurgien gynécologue et anesthésistes-réanimateurs ?) 	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Surveillance des opérés assurée, le dimanche, par un médecin généraliste (et non par un anesthésiste-réanimateur)	Minime
Equipe (Communication, supervision, formation)	Absence de concertation entre le radiologue et le chirurgien gynécologue dans l'interprétation du scanner et des décisions à prendre	MAJEURE
Individus (compétences individuelles)	<p><u>Chirurgien gynécologue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance de l'examen à demander (scanner) en cas de suspicion d'une complication intra-abdominale postopératoire • Méconnaissance de l'indication d'une ré intervention d'urgence en cas de suspicion de péritonite sur le scanner post opératoire <p><u>Anesthésistes-réanimateurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • id <p><u>Chirurgien digestif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance de l'indication d'une ré intervention d'urgence en cas de suspicion de péritonite sur le scanner postopératoire 	<p>MAJEURE</p> <p>MAJEURE</p> <p>MAJEURE +++</p>
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité ? • Compétence : voir plus haut 	
Patients (comportements, gravité)	NON	