

Cas chirurgie octobre 2014

« Constipation » après arthroplastie de hanche. Décès par inhalation bronchique (syndrome d'Ogilvie probable).

ANALYSE

BARRIERES DE PREVENTION	Barrière effective dans le cas considéré	Contribution relative
Indication de l'intervention justifiée	OUI et même demandée par le patient	
Information sur la complication survenue	NON, mais complication relativement rare et non directement en rapport avec l'intervention pratiquée	
Antibioprophylaxie conforme aux recommandations	OUI	Sans objet
Technique opératoire conforme aux recommandations	A priori OUI	Sans objet
BARRIERES DE RECUPERATION		
Suivi postopératoire conforme aux recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins (référence 1)	A priori OUI, Le patient était sous la responsabilité de l'opérateur qui l'a vu tous les jours. Mais celui-ci n'a pas su demander les avis spécialisés nécessaires (radiologue, chirurgien digestif) pour aboutir au diagnostic de la complication dont il a par ailleurs sous-estimé la gravité, y compris quelques heures avant le décès	
Démarche diagnostique prenant en compte l'ensemble des anomalies constatées	NON Absence de remise en cause du diagnostic de « constipation » (fondé sur les antécédents du patient) alors que le tableau clinique était celui d'un syndrome occlusif (absence de reprise du transit intestinal, nausées, vomissements, distension abdominale progressive, créatinémie augmentée par IR fonctionnelle)	Majeure
Examen clinique (notamment abdominal) rigoureux	A priori NON Il est peu probable que la « distension abdominale majeure » constatée le 9 juillet (J4) à 17 h par un anesthésiste qui examinait pour la première fois ce patient, soit apparue en quelques heures ... Trois heures plus tard, le chirurgien et un néphrologue appelé auprès du patient n'en feront, d'ailleurs, pas mention,...	Majeure
Examens complémentaires adaptés à la situation clinique	NON, absence d'imagerie abdominale (abdomen sans préparation+++, scanner) (références 2,3)	Majeure

ANALYSE DETAILLEE

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)	- Mauvaise répartition des tâches entre les anesthésistes-réanimateurs et le chirurgien, a priori, peu ou pas compétent pour assurer le suivi postopératoire « médical » du patient - Absence de protocole en cas d'absence de reprise du transit intestinal en postopératoire (notamment, concernant la demande d'examens complémentaires)	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	A priori, NON	
Equipe (communication, supervision, formation)	- Absence de coordination entre l'opérateur et les différents spécialistes appelés auprès du patient pour discuter du diagnostic rendant compte de l'ensemble du tableau clinique (notamment le 9 juillet à 17 h, l'anesthésiste n'a pas appelé l'opérateur et, à 20 h, celui-ci n'a pas pris en compte ce qu'il avait écrit dans le dossier) - Dossier médical « succinct », notamment absence de conclusion quotidienne sur l'état du patient, l'efficacité des traitements entrepris, les modifications éventuelles à y apporter...	Importante
Individus (compétences individuelles)	1) Equipe assurant la prise en charge postopératoire - Absence de recherche des différentes causes pouvant expliquer un retard de reprise du transit intestinal en postopératoire - Doute sur la rigueur et la qualité de l'examen clinique (et notamment de l'abdomen) du patient - Surveillance postopératoire insuffisante (absence initiale de mesure de la diurèse/24 h chez un insuffisant rénal stade 4) - A priori, le syndrome d'Ogilvie semblait inconnu du chirurgien et des spécialistes appelés auprès du patient. En tout cas, aucun d'entre eux ne l'a évoqué... 2) anesthésiste appelé le 9 juillet à 17 h - Absence de mise en œuvre des mesures qui auraient (vraisemblablement) évité l'arrêt cardiaque survenu à 22h (mise en aspiration digestive avec éventuellement, intubation endotrachéale et ventilation assistée) - Absence de demande en urgence d'un ASP et d'information de l'opérateur sur la gravité de son patient	. Majeure Majeure

Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	- Les examens complémentaires demandés n'étaient pas adaptés au diagnostic de la complication en cause - Il n'a pas été demandé d'imagerie abdominale (notamment un ASP) (références 2,3) malgré un tableau clinique d'occlusion intestinale - Il n'a pas été fait appel à des spécialistes susceptibles d'aider au diagnostic (radiologue, chirurgien digestif)	Majeure
Patients (comportements, gravité)	- Complication rare et grave - Mais, patient ayant plusieurs facteurs favorisant la survenue d'un syndrome d'Ogilvie : .homme .plus de 60 ans .atteinte métabolique grave (insuffisance rénale stade 4 .chirurgie de la hanche .administration de morphiniques (références 2,3, 4)	Importante