

## Cas chirurgie Mars 2014

Décès après intervention pour appendicite aiguë. Complication médicale ?  
Complication chirurgicale ?

### Analyse

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		<i>Contribution relative</i>
<i>Indication opératoire justifiée</i>	<i>OUI</i>	
<i>Délai préopératoire (36 heures) justifié</i>	<i>NON En cas d'appendicite aiguë, intervention « dès que possible » (réf. 1)</i>	<i>Responsable de l'évolution vers un phlegmon péri-appendiculaire ?</i>
<i>Technique opératoire adaptée Voie d'abord (coelioscopique) validée pour ce type d'intervention</i>	<i>(insuffisamment documentée) plutôt NON (réf. 2)</i>	<i>Indéterminée en l'absence de précision sur la nature de la complication infectieuse intra-abdominale</i>
<i>Prise en charge postopératoire sous la responsabilité du chirurgien</i>	<i>NON « Lorsque l'opéré retourne en secteur d'hospitalisation, il se trouve placé sous la responsabilité de l'opérateur... » Recommandations CNOM (réf. 3, p.13)</i>	<b>IMPORTANTE</b>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<i>Réintervention dès la constatation (J2) d'un tableau évoquant un abcès intra-abdominal (syndrome infectieux grave avec clinique et imagerie médicale en faveur d'une occlusion intestinale réflexe). Eventuellement après un examen tomodensito-métrique abdominal</i>	<i>NON aucune demande faite en ce sens, par l'anesthésiste, qui assurait, seul apparemment, la prise en charge postopératoire du patient -, au chirurgien</i>	<b>MAJEURE</b>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Réintervention urgente lors du diagnostic d'un syndrome d'hyperosmolarité hyperglycémique (SHH) qui était un argument supplémentaire en faveur d'une infection grave (réf.4, 5,6)</i>	<i>NON Aggravation conduisant au décès, dans un tableau de complications infectieuses et métaboliques aggravées par des erreurs de réanimation (hypovolémie insuffisamment compensée avec, en outre, administration de diurétique et de vasoconstricteur artériel très puissant, aggravant l'insuffisance rénale aiguë);(hypovolémie et Levophed® ayant pu favoriser la formation du caillot artériel) ; Kayexalate® insuffisant en cas</i>	<b>IMPORTANT</b>

	d'hyperkaliémie sévère, entraînant des troubles du rythme cardiaque)	
--	--	--

## Pour aller plus loin

Ref1) [http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU\\_18bis\\_item\\_224.pdf](http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_18bis_item_224.pdf)

Ref2) <http://www.snfge.org/01-Bibliotheque/0J-Seminaire/PDF/2001/2001-mod0-08.pdf>

Ref 3) <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-concernant-les-relations-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-autres-spec-665>

Ref 4) [http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06\\_36/ca06\\_36.htm](http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_36/ca06_36.htm)

Ref 5) <http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/POLY.Chp.9.html>

Ref 6) [http://www.sfm.u.org/urgences2008/donnees/pdf/049\\_andronikof.pdf](http://www.sfm.u.org/urgences2008/donnees/pdf/049_andronikof.pdf)

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Absence de définition de la répartition des tâches dans le suivi postopératoire entre chirurgien et anesthésiste en contradiction avec les recommandations du CNOM (référence 3)	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Prise en charge du patient lors du week-end de l'Ascension (rôle éventuel dans le retard à l'intervention ?)	?
Equipe (communication, supervision, formation)	EQUIPE MEDICALE DEFAILLANTE Absence de formation de l'équipe infirmière à l'établissement d'un bilan hydrique chez un patient Absence du chirurgien en suivi post op Rétro-information de l'anesthésiste sur le chirurgien totalement défailante (travail en équipe) Absence de concertation directe entre le radiologue et l'équipe médicale pour s'interroger sur les anomalies radiologiques abdominales constatées à J2	Majeur

<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<i>Nombreux écarts aux recommandations dans le suivi postopératoire du patient tant dans la conduite diagnostique (absence de recherche de la cause de l'occlusion et de l'infection associée,...), que dans le traitement (apports hydriques nettement insuffisants, absence de contrôle de la glycémie... (références 4,5,6)</i>	<b>Majeur</b>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	<i>Suivi des examens complémentaires défailant demandé mais non obtenu (glycémie préopératoire) Absence de protocole infirmier pour établir le bilan hydrique quotidien d'un patient (entrées et sorties de liquides)</i>	<b>Importante</b>
<b>Patients (comportements, gravité)</b>	<i>Diminution de la sensibilité à la douleur en cas de diabète ayant pu jouer un rôle dans le retard à l'intervention</i>	?