

Février 2014 - Cas chirurgie

Cure de hernie inguinale, prise en charge tardive d'une hémorragie post opératoire

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Conformité aux attentes</i>	<i>Contribution relative</i>
Bonne indication de l'intervention	<i>Oui</i>	<i>NON</i>
Prise en compte des antécédents cardiovasculaires et de la nécessaire adaptation du traitement anticoagulant	<i>Oui</i>	<i>NON</i>
Choix de la coelioscopie comme voie d'abord Vérification des orifices de trocart	<i>Oui conforme A priori oui</i>	<i>OUI a posteriori</i>
Surveillance renforcée du traitement anticoagulant en tenant compte du risque thrombotique d'une valve aortique	<i>Oui : curieusement INR à 1 la veille de l'intervention alors que injection de lovenox à 9h et 21 h, reprise du Lovenox le soir</i>	<i>Accident hémorragique sans lien avec le traitement, attitude conforme</i>
BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention		
Rôle d'alerte d'un hématome pariétal immédiat	<i>Considéré comme banal</i>	<i>???</i>
Consignes de surveillance renforcées compte tenu du terrain après les premières heures en chambre	<i>Consignes générales précisées dans un protocole général de surveillance toutes les 3h au sortir de la SSPI Pas de consigne de renforcement de ce protocole pour le cas particulier et les facteurs de risques</i>	<i>OUI +++ Protocole de base non suivi, encore moins renforcé</i>
Traçabilité de la visite post opératoire du chirurgien et de l'anesthésiste	<i>NON</i>	<i>+-</i>
Prise en compte d'une hypotension persistante chez un « hypertendu »	<i>NON Ni par IDE ni par médecins</i>	<i>OUI</i>
Interprétation du pouls en fonction du traitement bêta bloquant	<i>?</i>	<i>?</i>
Synthèse de la présence d'hypotension, oligurie La diurèse étant recueillie grâce au sondage	<i>NON</i>	<i>OUI</i>
Appel du médecin dès le constat des anomalies	<i>NON, retard</i>	<i>OUI</i>
Chirurgien prévenu immédiatement dès la visite de l'anesthésiste	<i>Non, retard de deux heures</i>	<i>OUI</i>
Scanner puis réintervention rapide	<i>Retard de deux heures après le scanner faute d'anticipation de la disponibilité du bloc avant l'examen</i>	<i>mineur</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
Première réintervention sous laparotomie	<i>Discutable et discutée dans ce contexte</i>	<i>+-</i>
Recherche de la cause du saignement	<i>imprécise</i>	<i>OUI+++</i>
Surveillance en soins intensifs particulièrement « armée » par une équipe de médecins après cette réintervention ou	<i>A priori pas de médecin sur place en USIC, prescriptions téléphoniques, interprétation des redons ?</i>	<i>OUI++</i>

transfert immédiat en réanimation ? pour surveillance médicale plus étroite,		
Deuxième réintervention nécessaire par laparotomie et urgente	<i>retardée</i>	<i>OUI++</i>

<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)	<i>Inconnu sauf protocoles existants et généraux de « surveillance des opérés », consignes d'appel non précisées</i>	OUI
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnu, interne de garde « habitué » de l'établissement, équipe infirmière de nuit ???</i>	NON
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Organisation de la visite chirurgicale du matin et des relais anesthésistes /chirurgiens pas optimale</i>	OUI
Individus (compétences individuelles)	<i>A priori compétents</i>	?
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	?	?
Patients (comportements, gravité)	<i>Rien à signaler</i>	NON