

Cas clinique Chirurgie - Janvier 2014

Occlusion du grêle à répétition...Intervenir ou pas ?

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<i>Diagnostic clinique d'occlusion intestinale justifié</i>	- OUI (référence 1)	
<i>Examen complémentaires adaptés au diagnostic clinique</i>	- NON En janvier 2009, la HAS a relayé les conclusions de la SNFGE, de la SFCD, de la SFMU et de la SFR qui s'étaient prononcées pour « l'absence d'indication de l'ASP en cas d'occlusion intestinale » et avaient recommandé la pratique d'une tomodensitométrie abdominale (références 2,3 et 4) En outre, dans le cas particulier, une erreur grossière dans l'interprétation des clichés d'ASP a entraîné une coloscopie inutile et potentiellement dangereuse	IMPORTANTE
<i>Indication opératoire envisagée après le diagnostic d'occlusion intestinale posé</i>	A priori, OUI (au moins par le gastroentérologue qui a demandé que le patient soit vu par le chirurgien et l'a fait hospitaliser en chirurgie)	
<i>Maintien du traitement médical (non chirurgical) (ref 5) fondé sur des critères d'amélioration objectifs, obtenus dans un délai déterminé. Sinon, recours à la chirurgie.</i>	NON (aucun critère clinique défini et aucun délai fixé pour prendre la décision opératoire)	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Concertation au lit du malade entre le gastro-entérologue et le chirurgien pour décider des conditions de validation du traitement médical (non chirurgical) et de celles justifiant le recours à la chirurgie. Conclusions de la concertation écrites dans le dossier du patient</i>	NON (aucune demande faite en ce sens, ni par le gastro-entérologue, ni par le chirurgien)	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Intervention pour lever l'obstacle (bride) responsable d'un volvulus du grêle</i>	<i>Intervention faite ...plus de 10 heures après l'aggravation du patient provoquée par l'inhalation bronchique de vomissements. La non- prise en charge immédiate de cette complication a conduit à une défaillance multiviscérale, avant même l'arrivée au bloc opératoire</i>	<i>Décès 36 heures après l'intervention</i>

Pour aller plus loin

- 1) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/o-urgences/Abdomen-aigue/article.phtml?id=rc%2forg%2fchirurgie-viscerale%2fhtm%2fArticle%2f2008%2fmie-20080529-173633-11793>
- 2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-02/fiche_radio_asp_patho_dig_web.pdf
- 3) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-02/texte_court_rx_asp.pdf
- 4) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/o-urgences/Abdomen-aigue/article.phtml?id=rc%2forg%2fchirurgie-viscerale%2fhtm%2fArticle%2f2008%2fmie-20080529-173633-11794>
- 5) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/o-urgences/Abdomen-aigue/article.phtml?id=rc%2forg%2fchirurgie-viscerale%2fhtm%2fArticle%2f2008%2fmie-20080529-173633-11795>

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)	<i>A priori, défaut de permanence médicale le week-end (absence de visite médicale le samedi 17 juillet) Défaut d'adaptation à une situation imprévue le 19 JUILLET</i>	? IMPORTANTE
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Absence (vraisemblablement) d'un appareil de tomodensitométrie à l'intérieur de la clinique et transfert non envisagé pour réaliser cet examen dans un autre établissement (coût financier ?</i>	MODEREE
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Absence de certitude sur le médecin responsable du patient (le chirurgien ? le gastroentérologue ?) Absence de concertation directe entre le chirurgien et le gastro-entérologue Dossier médical succinct et incomplet (non</i>	

