

Cas chirurgie Décembre 2013

Thrombose d'un pontage aorto-fémoral au cours d'une arthroplastie de hanche. Un suivi post-opératoire inadapté.

Analyse

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Prise en compte de la barrière dans le cas analysé</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Indication justifiée de l'intervention chirurgicale (prothèse totale de hanche)</i>	<i>OUI</i>	<i>Non</i>
<i>Avis spécialisé demandé en préopératoire compte-tenu des antécédents chirurgicaux vasculaires</i>	<i>OUI</i>	<i>Non</i>
<i>Arrêt du Traitement par antiagrégant en cas de prothèse totale de hanche</i>	<i>NON Il est recommandé (grade A) de poursuivre l'aspirine durant la période périop en chir ortho (ref 1 et 2)</i>	<i>Non, la recommandation date de 2012</i>
<i>Prévention du risque de thrombose de la prothèse après l'arrêt de l'aspirine (réf 1 & 2)</i>	<i>OUI, mais minimisé alors qu'il existe une hypercoagulabilité et un syndrome inflammatoire postopératoires (réf 3)</i>	IMPORTANT
<i>Transmissions sur la continuité des soins et les risques spécifiques du patient entre chirurgiens en charge du patient</i>	<i>OUI, mais pas de certitude de la qualité de la transmission entre les chirurgiens</i>	<i>Difficile à apprécier, probablement IMPORTANT</i>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Surveillance : Demande d'examen adapté pour vérifier d'absence d'occlusion artérielle devant des signes évocateurs (echo-dopler)</i>	<i>NON aucune demande malgré le risque évoqué en préop</i>	MAJEUR
<i>Recours en urgence à un avis spécialisé (chirurgien vasculaire) devant un tableau évocateur</i>	<i>NON, bien que le chirurgien vasculaire contacté en préop est été également d'astreinte dans la clinique pendant ce week-end prolongé. Seul, le chirurgien orthopédiste a demandé, à son retour de week-end, que le patient soit montré à ce spécialiste mais sans urgence (retard supplémentaire de 12 heures)</i>	MAJEUR
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Levée chirurgicale de l'obstacle artériel après confirmation radiologique</i>	<i>OUI ... mais avec un retard de 48 h responsable de séquelles neuro-motrices</i>	<i>Non</i>

Pour aller plus loin, Références

- 1) http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/194cef638d42481f19a2cd0f91f4fe1.p
- 2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/argumentaire-aap_bon_usage_agents_antiplaquettares.pdf
- 3) <http://www.precisdanesthesiecardiaque.ch/Chapitre3/Lesantiplaq.html>

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)	Néant	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Organisation de la continuité des soins le week-end,	MAJEURE
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Néant	
Equipe (communication, supervision, formation)	Défaut vraisemblable de communication entre le chirurgien orthopédiste et son remplaçant sur les modalités de la surveillance postopératoire et notamment le risque d'une occlusion de l'anastomose aorto-bifémorale préexistante Absence de concertation des 3 médecins (chirurgien remplaçant, anesthésiste, cardiologue) assurant la prise en charge postopératoire du patient	MAJEURE IMPORTANT
Individus (compétences individuelles)	Chirurgien remplaçant : diagnostic clinique erroné, absence de demande d'examen complémentaire ou d'avis spécialisé pour confirmer le diagnostic évoqué Chirurgien orthopédiste : absence puis délai dans la récupération Anesthésiste, cardiologue Absence de prise en charge « globale » de l'état du patient	MAJEURE IMPORTANT
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Bonnes traces écrites, bons appels aux médecins Pas d'éléments laissant voir une surcharge	
Patients (comportements, gravité)	Episodes confusionnels en postopératoire ayant pu gêner l'appréciation des signes fonctionnels	MINIME