

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_antiplaquettaires.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)	<i>Néant</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Organisation de la continuité des soins le week-end,</i>	MAJEURE
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Néant</i>	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>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</i>	MAJEURE IMPORTANT
Individus (compétences individuelles)	<i>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</i>	MAJEURE IMPORTANT
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Bonnes traces écrites, bons appels aux médecins Pas d'éléments laissant voir une surcharge</i>	
Patients (comportements, gravité)	<i>Episodes confusionnels en postopératoire ayant pu gêner l'appréciation des signes fonctionnels</i>	MINIME