

Cas chirurgie avril 2013

Généraliste et spécialiste mis en cause : Diagnostic raté d'une perforation intestinale après coloscopie

ANALYSE APPROFONDIE

BARRIERES DE PREVENTION	Barrière efficace dans le cas présenté	Contribution relative
Indication de coloscopie justifiée	OUI	
Information sur les risques de la coloscopie	NON et l'antécédent d'hystérectomie augmentait le risque de perforation (en raison d'éventuelles adhérences péritonéales fixant le recto-sigmoïde (ce qui est arrivé) (réf1)	MINEUR Le refus de la patiente aurait été peu vraisemblable compte tenu du risque de méconnaître un cancer
Technique de la coloscopie conforme aux bonnes pratiques	A priori OUI	
Examen de la patiente avant sa sortie par un médecin (procédure de « mise à la rue »)	?	?
Remise d'une fiche d'information lors du retour à domicile (symptômes à surveiller, conduite à tenir, numéro de téléphone à appeler) (réf 2)	OUI, avec probablement un numéro à la clinique à rappeler en cas de problème	
Hospitalisation urgente en chirurgie en cas de douleurs abdominales violentes, après une coloscopie	OUI Mais avec un retard de 22h dont 11h imputables au médecin traitant	Sans conséquence a priori, compte-tenu de la décision du gastro-entérologue Mais si la malade avait pu être hospitalisée plus tôt alors qu'un chirurgien était, encore, présent dans la clinique, la décision de celui-ci aurait pu être toute autre
BARRIERES DE RECUPERATION		
Appel du médecin	OUI mais la patiente a appelé son médecin traitant (oubli de la fiche, mauvaise compréhension ?) et non la clinique et l'a fait plutôt tardivement (+11h après premiers symptômes)	IMPORTANT vulnérabilité aggravée par la décision du médecin traitant de ne pas hospitaliser la patiente
Bilan aux urgences utilisant à la fois des examens complémentaires appropriés (tomodensitométrie en cas de perforation intestinale après coloscopie) et appel aux référents spécialistes (gastroentérologue et chirurgien) (référence 1)	OUI, mais près de 36h après le début des signes cliniques et plus de 12h après l'admission, chez une patiente en état de choc gravissime	MAJEURE temps perdu aux urgences avec l'absence d'examen ciblé, avis trop attentiste du gastroentérologue
BARRIERES D'ATTENUATION		
Laparotomie pour traitement de la péritonite et suture de la perforation rectale	OUI mais 44h après les premiers signes cliniques et 20h après l'admission chez une patiente en état de choc	

REFERENCES

1) http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/7361/actaend_2000_3_195-204.pdf?sequence=1

2) <http://www.snfge.asso.fr/02-connaître-maladie/0k-fiche-info-patient/viii-fiche4.asp>

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>A priori, NON</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>A priori, NON</i> <i>Clinique comportant un service de réanimation avec un anesthésiste-réanimateur de garde sur place et un scanographe avec une astreinte 24h/24 et 7j/7</i>	
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>A priori, NON</i>	
Equipe (communication, supervision, formation)	Absence de concertation dans l'équipe de garde <ul style="list-style-type: none"> • <i>décision de non-intervention prise par le gastroentérologue sans en référer au chirurgien</i> • <i>prescription de morphine par l'urgentiste sans en référer au chirurgien</i> • <i>prise en charge par l'urgentiste d'une malade en état de choc sans en référer à l'anesthésiste-réanimateur de garde</i> 	MAJEURE
Individus (compétences individuelles)	<i>Négligence ou méconnaissance par les 3 médecins de garde (chirurgien, gastroentérologue, urgentiste)</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>de la nécessité, en cas de douleurs abdominales après coloscopie, que la patiente soit examinée par un chirurgien</i> • <i>des limites de la radiographie d'abdomen sans préparation dans le diagnostic d'une perforation intestinale (référence 1)</i> • <i>de la nécessité d'un examen tomodensitométrie abdominal (référence 1)</i> <i>Conduite inadaptée de l'urgentiste durant la nuit. Il aurait dû faire appel à l'anesthésiste de garde pour la réanimation de la malade et, appeler le chirurgien pour intervenir dès que</i>	MAJEURE

	<i>possible</i>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Manquement du chirurgien à ses obligations déontologiques pour ne pas être venu examiner une patiente ayant un tableau évident de perforation intestinale au décours d'une coloscopie</i>	MAJEURE
Patients (comportements, gravité)	<i>Retard de 11h dans l'appel d'un médecin après l'apparition des douleurs abdominales, non suivies des consignes figurant sur le bulletin de sortie ?</i>	MINEURE