

Cas clinique chirurgical – Septembre 2012

Retard diagnostique d'une désunion anastomotique après iléo-colectomie pour maladie de Crohn

ANALYSE

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Dans le cas examinée, est ce que la barrière a été suivie ?</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Indication opératoire justifiée : - patient résistant à un traitement médical bien conduit - décision prise en milieu spécialisé (références 1 et 2)</i>	<i>A priori NON - notamment, absence de traitements immunomodulateurs - absence de consultation du service de CHU où le diagnostic avait été posé (et où la malade a été transférée après son séjour en réanimation)</i>	Majeure
<i>Choix d'une date d'intervention (en l'absence d'urgence) garantissant un maximum de sécurité lors de la période postopératoire, compte tenu des complications à craindre en fonction du type d'intervention et du terrain</i>	<i>NON (chirurgien et anesthésiste remplaçants, dépourvus au minimum d'expérience et au pire, de compétences suffisantes pour ces cas difficiles)</i>	Importante
<i>Technique opératoire satisfaisante</i>	<i>A priori, OUI</i>	
<i>Concertation entre chirurgiens remplaçant et remplaçant sur les principales complications postopératoires pouvant survenir et leur prise en charge</i>	<i>NON</i>	Majeure
<i>Visite systématique, au minimum quotidienne, du chirurgien (ou de l'anesthésiste, selon protocole établi en concertation) de tout opéré jusqu'à sa sortie</i>	<i>NON</i>	Importante
<i>Tenue systématique d'un dossier pour chaque opéré par le médecin chargé de son suivi avec, notamment les prescriptions, les critères de surveillance et les consignes en cas d'anomalies de ces critères</i>	<i>NON</i>	Importante
<i>Protocole indiquant le nom (ou la qualification) du médecin à prévenir</i>	<i>NON</i>	Importante si médecins réactifs

<i>en cas d'anomalies</i> <i>- pendant les heures ouvrables</i> <i>- en dehors des heures ouvrables</i>		
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Demande de réalisation d'une scanographie abdominale par le gastroentérologue auprès du chirurgien remplaçant, lors de sa visite du 07/08</i>	<i>NON (demande d'un ASP, examen inadapté au diagnostic de la complication)</i>	Majeure
<i>(éventuellement) Appel pour conseils du chirurgien ayant réalisé l'intervention sur son lieu de vacances, si joignable (soit par le gastroentérologue, soit par le chirurgien remplaçant) (07/08)</i>	<i>NON</i>	<i>?</i>
<i>Visite systématique de tous les opérés par l'anesthésiste remplaçant lors du début de son remplacement (09/08) et concertation avec le chirurgien remplaçant au sujet de la patiente qui « n'allait pas bien ».</i>	<i>NON</i>	<i>?</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Réintervention pour toilette péritonéale, démontage de l'anastomose et confection d'une double stomie intestinale</i>	<i>OUI mais trop tardive et en l'absence d'une réanimation pré et peropératoire adaptée</i>	<i>Séquelles digestives importantes et préjudice orthopédique</i>

REFERENCES

- 1) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_671094/ald-n-24-maladie-de-crohn
- 2) **Crohn (maladie de)**
Vidal Recos. Recommandations en pratique 2012 pp 442- 456

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de tout dossier médical de suivi du malade en postopératoire (retranscription par les infirmiers dans leur dossier des consignes médicales) - Non-respect du décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers sur l'exécution des prescriptions médicales 	Majeure
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de visite médicale quotidienne des opérés - Absence de garde médicale sur place et (peut-être) d'astreinte à domicile compte-tenu de l'absence de réactivité du personnel soignant de garde - Absence de protocole concernant l'appel d'un médecin en cas de problèmes (notamment pendant les heures non ouvrables) 	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	?	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de supervision des soignants par les médecins - Absence de formation donnée aux soignants sur les signes révélateurs des complications pouvant survenir chez les opérés et la conduite à tenir - Equipe soignante acceptant des conditions de travail incompatibles avec les textes en vigueur (concernant les prescriptions médicales) 	Importante
Individus (compétences individuelles)	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de réactivité du chirurgien remplaçant devant un tableau évoquant a priori une désunion anastomotique (Défaut d'expérience ou de compétences professionnelles ?) - Anesthésiste remplaçant qui ne s'est pas enquis de l'état de la patiente avant d'en 	Majeure

	<i>avoir été informé par le personnel soignant, a fait ses prescriptions par téléphone, a débuté l'induction anesthésique sans avoir réalisé une réanimation préopératoire suffisante et n'a pas su prendre en charge de façon adaptée les complications survenues lors de l'intervention (à noter que cette patiente en état de choc a été anesthésiée sans voie veineuse centrale !!!)</i>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	?	?
Patients (comportements, gravité)	<p><i>- Patiente ayant accepté une décision opératoire a priori rapide, sans avoir sollicité un deuxième avis thérapeutique, notamment auprès du service spécialisé où elle avait été initialement prise en charge</i></p> <p><i>- Complication à évoquer systématiquement vers le 5-6e jour postopératoire en cas de non-retour à un transit intestinal satisfaisant, de douleurs abdominales, état infectieux, ... en cas d'anastomose digestive au cours d'une maladie de Crohn sous corticoïdes. Dans le cas particulier, gravité essentiellement en rapport avec le retard de diagnostic et de prise en charge.</i></p>	Majeure