

Cas clinique chirurgie - Avril 2015

Abandon de soins en postopératoire... retard au diagnostic d'occlusion du grêle

ANALYSE DETAILLEE

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
Diagnostic clinique retenu (occlusion intestinale aiguë) (OIA) en accord avec les signes cliniques	OUI (référence 1)	
Examens complémentaires adaptés à la recherche du mécanisme et du siège de l'OIA)	Partiellement -le transit aux hydrosolubles a confirmé le diagnostic d'occlusion et le siège (intestin grêle) mais, contrairement à la demande du radiologue des clichés tardifs n'ont pas été réalisés ce qui aurait permis d'affirmer le caractère complet de l'obstruction et l'urgence de sa levée -surtout, un scanner abdominal (examen de référence en matière d'OIA)(références 2,3,4) n'a été pratiqué qu'au 3ème jour et sur la demande de la famille	Important
Traitement médical initialement justifié	OUI (aspiration digestive, rééquilibration hydro-électrolytique) associé à un transit aux hydrosolubles (référence 5)	
Maintien du traitement médical fondé sur des critères d'amélioration objectifs,obtenus dans un délai déterminé. Sinon, recours à la chirurgie.	NON (aucun critère clinique défini et aucun délai fixé pour prendre la décision opératoire). C'est la famille qui a contacté le chirurgien en raison de l'aggravation de la patiente pour qu'il demande un scanner abdominal	Important
Voie d'abord conforme aux recommandations (coelioscopie avec possibilité de conversion en laparotomie) (référence 5)	OUI	
Stratégie opératoire (conservatrice) justifiée	A priori discutable, Patiente opérée au 4 ème jour d'une OIA du grêle sur bride avec présence d'anses qualifiées d'"ischémiques " lors de l'intervention	Important +++
BARRIERES DE RECUPERATION		

Surveillance postopératoire centrée sur le dépistage d'une non-amélioration, laissant craindre une péritonite par perforation intestinale en l'absence de revascularisation d'une anse "ischémique" « (...) Dans les cas douteux, notamment si la résection implique une large exérèse, peut se discuter le second look à la 24ème heure (...) » (référence 5)	A priori NON, le 14 octobre en fin de journée, l'état de la patiente qui n'avait pas repris son transit, était ballonnée (d'où les tentatives de pose d'une sonde naso-gastrique) aurait justifié une décision de réintervention, éventuellement précédée d'un nouveau scanner abdominal. La perforation intestinale est vraisemblablement survenue dans la nuit, d'où l'injection de morphine	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
Réintervention avec antibioprophylaxie adaptée et accord pris avec le SAMU pour transfert médicalisé en service de réanimation, immédiatement à la sortie du bloc opératoire	OUI, - mais avec un retard d'au moins 18 heures, -sans antibioprophylaxie et, -Surtout avec, en postopératoire, absence de transfert en réanimation et abandon de soins adaptés à l'état de patiente (état de choc septique probable)	DECES moins de 18 heures après la réintervention

REFERENCES

- 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>
- 6) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>

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)	Attitude en conflit avec l'article 5 de la loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti (voir commentaire 1)	MAJEURE ++
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Etablissement sans service de réanimation, sans médecin de garde sur place Protocole d'appel du médecin d'astreinte non mentionné (opérateur ? anesthésiste ?) Chirurgien et anesthésiste exerçant, à la fois, dans 2 établissements Passivité de l'équipe de garde lors de l'aggravation de la patiente : absence ou non respect de consignes ?	MAJEURE
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Voir paragraphe précédent	
Equipe (communication, supervision, formation)	-Absence de concertation entre l'anesthésiste et le chirurgien, au moins sur la consigne « ni d'acharnement thérapeutique » -Absence de contact entre le radiologue et le chirurgien pour discuter du bien-fondé des clichés ultérieurs lors du transit aux hydrosolubles ou de l'urgence d'un scanner abdominal. - Absence d'information pour savoir si la décision d'abandon de soins a été imposée à l'équipe soignante de garde ou si elle l'a acceptée sans réticence	Majeure ?

Individus (compétences individuelles)	Chirurgien -absence de rigueur dans la conduite de la prise en charge de la patiente (pas de définition des objectifs à atteindre ,pas de fixation du délai pour les atteindre), notamment pour la date de l'intervention et celle de la réintervention -stratégie opératoire conservatrice inadaptée devant des anses qualifiées d' "ischémiques" -évaluation incorrecte de la gravité de l'état de la patiente au décours immédiat de la réintervention (sérieux mais accessible à un traitement adapté en réanimation) Chirurgien et Anesthésiste -Aucune explication et (encore moins) d'accord obtenu de la famille sur la décision : « Ni réa, ni d'acharnement thérapeutique » - Violation de l'article 5 de la loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti (voir commentaire 1) Equipe soignante -Absence de réactivité pendant toute une nuit, devant une patiente dont la PA s'abaissait progressivement. Apparemment le seul appel au chirurgien a été fait pour l'avertir du décès de la patiente à 9 h 30. -Conditions de travail vraisemblablement ne respectant le décret d'exercice de la profession d'infirmier (Comment et par qui a été prescrite l'injection de morphine pratiquée dans la nuit du 14 au 15 octobre ?). -Absence d'information pour savoir si la décision d'abandon de soins a été imposée à l'équipe soignante ou si elle l'a acceptée sans réticence	MAJEURE +++
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Chirurgien et anesthésiste exerçant, à la fois, dans 2 établissements Organisation du système de garde non documentée	?
Patients (comportements, gravité)	NON	

COMMENTAIRE 1 (référence 6)

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Article 5

« (...) Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical (...) »

Christian SICOT