

Cas chirurgie octobre 2015

Lipectomie après By pass : suites catastrophiques

CHIRURGIEN

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière respectée dans le cas présent</i>	<i>Contribution relative</i>
Indication de l'intervention de hernie ombilicale	OUI du fait de la gêne ressentie pour la hernie et de ses risques évolutifs.	Non
Indication d'une lipectomie dans les suites d'un by pass ayant donné un bon résultat.	OUI, même opérateur, désir de parfaire le résultat par une lipectomie considérée comme une intervention « qui n'était pas majeure ».	Non
BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention		
Technique de l'intervention	Apparemment conforme mais a dû nécessiter de grands décollements du fait de la double intervention.	Mineure à modérée
Visite à J1 et NFS de contrôle	NFS sans particularité à J1 mais redons très productifs, examen le soir sans soulever le panty car « pas de réfection habituelle du pansement le premier jour ».	Modérée
Rôle d'alerte de redons très productifs	Oui décision de casser le vide prise dès le matin, évocation de « l'entretien du saignement par les redons ».	???
Consignes de surveillance pour l'équipe infirmière	Oui et NFS prévue le lendemain, surveillance effective .	Non
Décision de reprise pour hématome dans les délais	Oui le jour même après avoir évacué au lit un hématome, bloc à 16 h 30 alors qu'hémorragie importante avec hémoglobine à 5,5 (horaire du résultat ?).	+-
Technique de reprise	Bien que les déclarations du chirurgien aient variées, le CRO mentionne une incision seulement gauche. Point en X sur une perforante.	Importante ++
Surveillance en soins continus	NON discutée avec ARE, de toute façon pas de place.	Importante

Consignes d'appel nocturnes	Traçabilité d'un appel téléphonique avec IDE la nuit de la reprise, (à son initiative ? celle de IDE), aurait été inquiète de redons productifs.	Non jusqu'à minuit
Décision de se déplacer la nuit suite à cet appel pour juger de la situation, les redons étant encore productifs	Non conseils téléphoniques de casser le vide, de faire hémocue (et dira-t-il d'appeler l'ARE ????A-t-il été informé du chiffre de l'hémocue certes « stable » mais trop bas compte tenu des transfusions et de la reprise récente qui aurait dû stopper le saignement.	
BARRIERE D'ATTENUATION		
Réintervention en urgence	Faite dans en présence d'une instabilité hémodynamique persistante, et de troubles de l'hémostase en extrême urgence.	Non
Transfert en réanimation	OUI	Non

ANESTHESISTE et MEDECIN DE GARDE

BARRIERES DE RECUPERATION		<i>Contribution relative</i>
Disponibilité lors de la reprise pour l'hématome		NON
Commande de sang et transfusions effectives encadrant l'intervention, arrêt de l'HBPM	OUI	NON
Décision de transfert en soins continus	Non discutée avec le chirurgien, pas de place dans l'établissement.	OUI
Surveillance post opératoire effective et consignes adaptées, monitoring en chambre	Oui jusqu'à 22 heures, situation considérée comme stable, pas de consignes spécifiques mais consignes « protocolées ».	OUI
Transmissions orales avec le médecin de garde thésé et consignes de rappel éventuel	NON	OUI
Déplacement de l'ARE lors de signes d'alerte de la persistance d'un saignement	L'ARE n'a pas été rappelée jusqu'au lendemain.	NON
Déplacement du médecin de garde suite à l'appel d'une IDE	A priori, non en l'absence de note allant en ce sens, prescription	OUI ++

	téléphonique ? de « remplissage »	
Connaissance par le médecin de garde du contexte de réintervention pour hémorragie importante	Oui car a administré la dernière transfusion, mais pas de transmission verbale de ses confrères, dossier vu ?	OUI
Connaissance des évènements entre 22 h et 4 h du matin	Semble avoir été informé d'un contact téléphonique avec le chirurgien, aurait été rassuré, en aurait déduit que le dernier chiffre d'hémocue était connu.	NON
Référence à un praticien chirurgien ou ARE	NON	OUI ++
Vérification de hémocue, du pansement, consignes de surveillance strictes	NON mais sous monitoring mais sans alarme.	OUI ++
BARRIERE D'ATTENUATION		
Déplacement immédiat d'un médecin lors de l'appel à 7 h le lendemain	Oui, immédiate du médecin de garde et du cardiologue. Contrairement au rapport d'expertise, arrivée rapide de l'ARE, deux médecins sur place.	NON
Réanimation avant l'intervention et transfert en post opératoire en réanimation	Oui conjointement ARE, cardiologue, médecin de garde.	NON
Transfert par SAMU	Devenu indispensable.	NON

<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)	Sans objet	NON
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Inconnu sauf protocoles existants et généraux de « surveillance des opérés », le médecin de garde devant prendre connaissance des dossiers, appels nocturnes en fait parfois directs entre l'IDE et les médecins en charge du patient. Pas de note médicale du chirurgien, parfois de l'ARE, pas de note du médecin de	+ ou -

	garde. Seules les transmissions des IDE sont exploitables mais plusieurs « sous dossiers ». Surveillance effective par IDE si prescrite.	
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Inconnu, médecin de garde non anesthésiste « habitué » de l'établissement, équipe infirmière de nuit a priori aussi.	NON
Equipe (communication, supervision, formation)	Chirurgien et anesthésiste ayant l'habitude de travailler en équipe, pas de transmission directe de l'ARE au médecin de garde. Pas de discussion de la nécessité d'un transfert après la reprise.	OUI
Individus (compétences individuelles)	A priori compétents, compétence du médecin de garde ?	?
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Non déplacement vraisemblable du médecin de garde et certain du chirurgien.	OUI
Patients (comportements, gravité)	ATCD de by pass et de chirurgie (hystérectomie, césarienne) majorant possiblement les risques.	OUI