

By-pass gastrique pour obésité morbide. Décès après retour au domicile (J9)

Cas clinique chirurgical – mai 2017

ANALYSE DES BARRIERES

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<i>-Indication de chirurgie bariatrique justifiée</i>	OUI <i>(obésité morbide : IMC : 50,5)</i>	
<i>-Type d'intervention adapté au but recherché</i>	OUI <i>Le by-pass gastrique entraîne une perte de poids de l'ordre de 70 à 75 % de l'excès pondéral (Référence 1)</i>	
<i>Information de la patiente et consultations préopératoires conformes aux recommandations en vigueur</i>	OUI, notamment <i>- consultation endocrino-nutritionnelle - consultation psychiatrique, - réunion de concertation pluridisciplinaire</i>	
<i>- Technique opératoire conforme</i>	<i>Doute sur le contrôle en fin d'intervention de la perméabilité de l'anastomose jéjuno-iléale : "Obstacle très probable sous la forme d'une plicature créée par la fermeture de la brèche mésentérique " (Voir Expertise)</i>	Importante
<i>Surveillance postopératoire assurée quotidiennement par chirurgien et anesthésiste</i>	OUI, notamment pendant le week-end	
<i>-Surveillance postopératoire adaptée au dépistage d'une éventuelle complication</i>	NON <i>-absence de prise en compte de la symptomatologie de la patiente (nausées, hoquet et surtout dorsalgies) -absence de prise en compte d'anomalies visibles sur le transit œsogastrojéjunal montrant des signes indirects de distension du duodénum et de l'estomac exclu, témoignant d'un obstacle sur l'anse bilio-pancréatique</i>	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Examen TDM abdominal à prescrire par le chirurgien dès le 16 septembre (J2), Suivie d'une Réintervention</i>	NON	MAJEURE
<i>Décision de retour à la clinique prise par la patiente ou son mari compte-tenu de l'aggravation survenue lors du transport (J4) et conformément aux consignes données par le chirurgien</i>	NON	MAJEURE
<i>Décision de réhospitalisation urgente prise par le médecin traitant le 22 septembre (J8)</i>	NON	MAJEURE

BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Réintervention d'urgence pour lever l'obstacle sur l'anastomose jéjuno-iléale</i>	<i>NON</i>	<i>Décès par choc septique lié à une péritonite par perforation au niveau d'un estomac distendu</i>

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)	<i>NON</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>NON</i>	
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>NON</i>	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>NON</i>	
Individus (compétences individuelles)	<p>Chirurgien</p> <p><i>-absence de prise en compte de la symptomatologie apparue en postopératoire chez la patiente</i></p> <p><i>-absence de prise en compte des anomalies visibles sur le transit œsogastrojéjunal montrant des signes indirects de distension du duodénum et de l'estomac exclu, témoignant d'un obstacle sur l'anse bilio-pancréatique</i></p>	MAJEURE
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>NON</i>	
Patients (comportements, gravité)	<p><i>-Absence de respect des consignes données par le chirurgien de le contacter ou d'appeler la clinique en cas de problème</i></p> <p><i>-Même constat à l'encontre du médecin traitant</i></p>	MAJEURE

REFERENCE

1) Technique du by-pass gastrique. HAS juillet 2009