

Cas clinique médecin

« Décès par hématome compressif après thyroïdectomie pour goitre » par Dr Christian SICOT

ANALYSE DES CAUSES

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>-Indication opératoire justifiée</i>	<i>OUI</i>	
<i>-Technique opératoire conforme aux bonnes pratiques</i>	<i>NON</i> <i>En fin d'intervention, la pose d'un pansement compressif était contraire aux recommandations de la Société Française de Chirurgie ORL (1995)</i>	<i>Importante</i>
<i>- Information du personnel infirmier sur les principales complications pouvant survenir en postopératoire immédiat et - la conduite à tenir en fonction de leur degré d'urgence et de gravité</i>	<i>NON,</i> <i>Aucune information sur l'éventualité d'un hématome compressif de la trachée, complication rare mais à risque vital (voir expertise)</i>	<i>Importante</i>
<u>Consignes écrites de surveillance postopératoire données au personnel infirmier</u> : nature des symptômes et constantes à surveiller, périodicité, critère d'appel de l'anesthésiste et/ou du chirurgien d'astreinte.	<i>-soit, non données</i> <i>-soit non respectées par l'infirmière de nuit</i>	<i>MAJEURE</i>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Appel de l'anesthésiste ou du chirurgien de garde par l'infirmière de nuit</i>	<i>NON</i> <i>Dès 23 h 00, l'infirmière aurait dû prévenir que la patiente était angoissée, avait peur d'un hématome compressif, et que "cela lui serrait la gorge"</i> <i>-a fortiori, à 03 h00 lors de la constatation d'un volume de 80 ml de sang apparu en 3 heures dans un redon</i> <i>-et enfin lors de la chute de la PA à 8,5 mmHg</i>	<i>MAJEURE</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardio-circulatoire</i>	<i>- OUI, massage cardiaque immédiat mais délai de plus de 10 minutes avant de pouvoir rétablir un apport d'oxygène dans les voies respiratoires par une intubation endo-trachéale court-circuitant la compression trachéale par l'hématome</i>	<i>Anoxie cérébrale entraînant le décès 10 jours plus tard</i>

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>NON</i>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Gestion du personnel infirmier inadéquate (l'infirmière de nuit aurait dû être encadrée ou en binôme avec une infirmière expérimentée)</i> - <i>Absence d'un médecin de garde sur place</i> - <i>protocole de surveillance après thyroïdectomie non disponible (voir plus loin)</i> 	Majeure
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A priori NON, 2 infirmières et 2 aides-soignantes pour 28 patients dont 14 en postopératoire</i> - <i>ces 4 soignantes sont intervenues auprès de la patiente lors de l'arrêt cardiaque</i> 	
Equipe (communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Absence de formation donnée au personnel infirmier sur le mécanisme, les signes révélateurs, la gravité et l'urgence de la prise en charge de la complication survenue</i> <i>Le chirurgien disait avoir rédigé, en 2009, un protocole sur la thyroïdectomie à destination du personnel infirmier mais, d'après l'instruction judiciaire, le risque d'hématome n'y était mentionné qu'à partir du 2ème jour et sans information sur les gestes pour le détecter</i> <i>Quoiqu'il en soit, l'infirmière ignorait l'existence de ce document dont le lieu de rangement dans le bloc n'était pas signalé.</i> - <i>Doute sur la pertinence des consignes de surveillance postopératoire prescrites : nature des symptômes et constantes à surveiller, périodicité, critères d'appel de l'anesthésiste et/ou du chirurgien d'astreinte.</i> <i>En raison de l'absence d'appel de l'anesthésiste et du chirurgien de garde par l'infirmière entre 23 h 00 et 04 h 20</i> - <i>Qualité de la relation et de la communication entre l'équipe médicale et le personnel infirmier, pour le moins déficiente.</i> - <i>pas de vérification du doute (no go) auprès du médecin</i> 	Importante
Individus (compétences individuelles)	<ul style="list-style-type: none"> - <u><i>Chirurgien</i></u> <i>. Technique utilisée pour réaliser le pansement en fin d'intervention, non conforme aux recommandations en cours. Absence d'information du personnel infirmier (voir paragraphe précédent)</i> - <u><i>Infirmière</i></u> 	Majeure

	<p><i>Même en l'absence de consignes précises, aurait dû prévenir l'anesthésiste ou le chirurgien d'astreinte :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -des symptômes dont se plaignait la patiente -de l'augmentation du volume de sang dans un redon et - de la chute de la PA <p><i>Elle a pris des initiatives dépassant ses compétences en rassurant la patiente, sans s'assurer de l'absence d'hématome compressif</i></p>	
<p>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Protocole indisponible (mais, en tout état de cause, inadapté, voir paragraphe « Equipe ») -Infirmière manquant d'expérience dans la tâche qui lui était assignée (infirmière de nuit non encadrée) et anormalement "stressée" 	
<p>Patients (comportements, gravité)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NON, le seul risque vital de la thyroïdectomie totale est la survenue d'un hématome compressif dont la prise en charge est parfaitement codifiée (le risque respiratoire lié à l'atteinte des 2 nerfs récurrents est exceptionnel) 	