

## Cas clinique médecin

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

#### ANALYSE DES CAUSES

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		<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>
<b><u>Consignes écrites de surveillance postopératoire données au personnel infirmier</u></b> : 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>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<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>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<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
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	<i>NON</i>	
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Gestion du personnel infirmier inadéquate (l'infirmière de nuit aurait dû être encadrée ou en binôme avec une infirmière expérimentée)</i></li> <li>- <i>Absence d'un médecin de garde sur place</i></li> <li>- <i>protocole de surveillance après thyroïdectomie non disponible (voir plus loin)</i></li> </ul>	<b>Majeure</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>A priori NON, 2 infirmières et 2 aides-soignantes pour 28 patients dont 14 en postopératoire</i></li> <li>- <i>ces 4 soignantes sont intervenues auprès de la patiente lors de l'arrêt cardiaque</i></li> </ul>	
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <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></li> <li><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></li> <li><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></li> <li>- <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></li> <li><b><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></b></li> <li>- <i>Qualité de la relation et de la communication entre l'équipe médicale et le personnel infirmier, pour le moins déficiente.</i></li> <li>- <i>pas de vérification du doute (no go) auprès du médecin</i></li> </ul>	<b>Importante</b>
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u><i>Chirurgien</i></u></li> <li><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></li> <li>- <u><i>Infirmière</i></u></li> </ul>	<b>Majeure</b>

	<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"> <li>-des symptômes dont se plaignait la patiente</li> <li>-de l'augmentation du volume de sang dans un redon et</li> <li>- de la chute de la PA</li> </ul> <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><b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Protocole indisponible (mais, en tout état de cause, inadapté, voir paragraphe « Equipe »)</li> <li>-Infirmière manquant d'expérience dans la tâche qui lui était assignée (infirmière de nuit non encadrée) et anormalement "stressée"</li> </ul>	
<p><b>Patients (comportements, gravité)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NON,</li> <li>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)</li> </ul>	