



Analyse de scénario

Chirurgie

Fiche équipe

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une patiente de 50 ans est hospitalisée pour le traitement chirurgical d'une lombosciatalgie droite. Elle présente des antécédents de tabagisme, de varices, d'extractions dentaires de péritonite appendiculaire, et de fibroscopie gastrique pour hématomèse le mois précédent. Elle n'a pas bénéficié d'une infiltration locale à visée antalgique préalable. Après réalisation d'une consultation anesthésique, d'un bilan cardiologique, elle est opérée sous anesthésie générale dans des conditions satisfaisantes, en fin d'après-midi comme le prévoit la planification de l'acte, et l'intervention se déroule sans incident particulier. Les deux jours suivants se passent sans anomalie avec reprise de la marche sous couvert d'une ceinture de soutien lombaire et adaptation du traitement antalgique. Le drain de Redon est enlevé et le pansement refait à J2. La patiente étant fatiguée, il lui est proposé un maintien en hospitalisation.

La nuit suivante, vers 3h30, elle présente une hyperthermie à 39,2° et du paracétamol est administré après prélèvement sanguin pour hémoculture. Il n'y a pas de traçabilité d'appel de l'anesthésiste d'astreinte ni au chirurgien dans le dossier patient. À J3, la patiente reste hyperthermique avec des pics entre 38 et 39,5°, la fréquence cardiaque est élevée au-dessus de 125 BPM et la tension artérielle est mesurée à 77/39 mm Hg. À 19h40, la patiente est hyperthermique à 38,6°, dyspnéique avec une tachypnée superficielle nécessitant une oxygénothérapie et la tension artérielle est mesurée à 80 mm Hg de systolique. Le chirurgien examine la patiente et constate l'absence de point d'appel au niveau de la cicatrice opératoire. Un ECBU est réalisé et une échographie abdominale et une radiographie pulmonaire sont prescrites pour le lendemain matin. A 20h, après demande d'avis médical auprès du MAR, le chirurgien prescrit de la gentamicine en administration unique et immédiate ainsi que 500 ml de Restorvol®.

Durant la nuit suivante, les paramètres ne s'améliorent pas, avec persistance de l'hyperthermie, de la tachycardie, de l'hypotension artérielle et de l'hypoxémie malgré l'administration d'oxygène. Les transmissions de l'infirmière de nuit signalent l'administration d'un Restorvol® avant appel du médecin anesthésiste. Ce dernier, contacté à 00h30, prescrit par téléphone 2g de ceftriaxone, 500 ml de Restorvol® et 500 mg de métronidazole. La patiente présente un épisode de diarrhée profuse à 3h30.

À 6 h, à J4, le MAR est rappelé devant la persistance de l'altération clinique de la patiente avec apparition d'un érythème diffus. Il transfère la patiente en SSPI devant l'absence de place en USC. Un Restorvol® supplémentaire est administré, sur prescription orale.

A 9 h, les mesures de réanimation sont instaurées. L'ECBU révèle une infection urinaire. L'antibiothérapie est modifiée. Malgré l'adjonction de noradrénaline, l'état clinique de la patiente s'aggrave avec une défaillance multi viscérale et des résultats biologiques qui indiquent l'amplification du choc septique.

Le SAMU est contacté pour transfert entre 15h et 15h30. La patiente est prise en charge par le SAMU, sédaturée, intubée, ventilée, sous Noradrénaline. Elle arrive en réanimation à 16h et y décède à J6.

Dans cet évènement selon vous ...

Quel est le principal dysfonctionnement ou défaut de soins ?

Identifiez-vous d'autres dysfonctionnement ou défauts de soins ?

Quels sont les facteurs contributifs ?

Quelles défenses auraient pu éviter cet évènement ?



Ce type d'évènement pourrait-il arriver dans votre service ?



Probabilité de survenue d'un tel scénario ?

- Probable Extrêmement improbable Rare Extrêmement rare

Evènement qui s'est déjà produit dans l'unité ?

Principales défenses existantes :



Principales vulnérabilités existantes :



Quelles actions pourraient être mises en place ?



Principal enseignement ?



